

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

CARINA CORRÊA DA SILVA

**FALE COM ELAS: NARRATIVAS POR UM GESTAR CLÍNICO-
POLÍTICO**

Porto Alegre

2018

CARINA CORRÊA DA SILVA

FALE COM ELAS: NARRATIVAS POR UM GESTAR CLÍNICO-POLÍTICO

Dissertação de Mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lucia Pasini

Porto Alegre

2018

CARINA CORRÊA DA SILVA

FALE COM ELAS: NARRATIVAS POR UM GESTAR CLÍNICO-POLÍTICO

Dissertação de Mestrado realizado no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lucia Pasini

Prof^a Dr^a Maria Marta Borba Orofino
Grupo Hospitalar Conceição

Prof^a Dr^a Analice de Lima Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Prof^a Dr^a Sandra Djambolakdjian Torossian
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Psicanálise Clínica e Cultura

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

- O sonho é a argumentação do próprio olho -

Agradecer aqueles que de alguma forma participaram do processo de gestar esta escrita não parece tarefa simples, visto ser impossível situar onde ele começa e onde termina.

Poderia dizer que esse processo iniciou com a confiança e a alegria de partilha de Benedito, autor da frase de abertura que representa aqui todos aqueles e aquelas que me ajudaram a escutar a argumentação de sonhos que nossos olhos comunicavam, nas intensas convivências no terreno da atenção psicossocial. Usuários, trabalhadoras, gestores, residentes e estagiárias foram atores e atrizes de experiências que impulsionaram narrativas a me encontrarem como autora.

Os caminhos de encontro com a autoria talvez tenham começado com as conversas com a amiga Anna Letícia, que, desde antes da seleção para o mestrado, investiu no delírio compartilhado de nos tornarmos mestres. Amizade antiga, carinhosamente apelidada de *roommy*, pelos tempos de morada partilhada. Tempos lembrados em generosa acolhida na inspiradora casa que divide com seu amor, Elisandro, também presença generosa em leituras e apontamentos às vésperas de sua viagem.

Leituras atentas e palavras carinhosas também encontrei no grupo de orientação. Michele, Joseane e Carolina, junto com a colega Bárbara, me apresentaram um delicado laço de ajuda mútua que foi fundamental para lidar com as dores da finalização.

Boa parte do encontro e do reencontro com a interrogação que moveu à letra também foi possível através das instigantes e inspiradoras aulas, em que professores e colegas fomentaram a inquietude criativa e o vigor da pesquisa.

Necessário dizer que nada seria possível sem o amparo da orientadora Vera Pasini, que afetivamente acolheu as dores e as delícias desse processo até que parisse em texto. Ao lado dela, as professoras que compõem a banca, Analice, Sandra e Marta, que, além da implicação com a leitura do trabalho, podem ser consideradas aqu[Elas] com quem falar para inspirar a vida num caminho de gestar a clínica-política.

Camila, Crislei, Joice, Geniana, Aline e Manoela são exemplos de colegas e amigas que mostraram sua força tanto no tempo de partilha da construção do gestar um trabalho em saúde, quanto na resistência aos tempos mortíferos. A escrita que aqui foi possível também diz de um processo de (re)inscrição do desejo na saúde pública, que só poderia acontecer na companhia d'Elas.

Também aqueles que ajudaram na manutenção de um ambiente suficientemente acolhedor para esse tempo de angústias e ausências: Burkhard, meu amoroso companheiro, que acompanhou finais de semanas e madrugadas, me alimentando o corpo e a alma de confortos para seguir; minha mãe, mulher inspiradora, que me fez ter contato com expressões artísticas desde cedo, e agora pôde reinventar-se em preciosas comidinhas preparadas para os tempos de reclusão da escrita; meu pai, que permaneceu como fonte de energia e força de realização; minha avó, outra mulher forte e inspiradora, que sempre cultivava a alegria no jardim de quem a rodeia, além de tricotar as delicadas mantas que aqueceram o casulo das palavras-borboleta; Marluza e Sílvio, que cederam a solitária e aconchegante casa na montanha, que encorajou o exercício de olhar acima das nuvens; todos os colegas, amigos e familiares que de alguma forma apoiaram e compreenderam as ausências necessárias para esta dissertação ser possível.

Se foi também de lágrimas o rio que naveguei, foi carinho, afeto, confiança e respeito partilhados que forjaram uma bela jangada para navegar memórias e devanear novos destinos.

RESUMO

Trata-se de uma reunião de textos, que nos convidam a um passeio pelo campo da atenção psicossocial, em busca de pontos de encontro entre a clínica e a política. Narrativas que dizem de uma trabalhadora-gestora de um serviço de saúde mental, que buscava desenvolver sua prática a partir da ética da psicanálise. Buscar imagens do cotidiano da atenção psicossocial que digam de experiências de clínica-gestão. É possível afirmar, ao final da jornada, que os gestos da gestão mostram seus efeitos na clínica e na subjetividade das pessoas que convivem nas instituições de saúde mental. Na proposta de uma gestão que esteja orientada pela clínica, que possa contribuir para a manutenção da democracia e a possibilidade de sustentação dos paradoxos que o viver em sociedade produz.

Palavras-Chave: narrativas, psicanálise, atenção psicossocial.

*saudade do futuro que não houve
aquele que ia ser nobre e pobre
como é que tudo aquilo pôde
virar esse presente poder
e esse desespero em lata?*

*pôde sim pôde como pode
tudo aquilo que a gente sempre deixou poder
tanta surpresa pressentida
morrer presa na garganta ferida
raciocínio que acabou em reza
festa que hoje a gente enterra*

*pode sim pode sempre como toda coisa nossa
que a gente apenas deixa poder que possa*

Campo de Sucatas, Paulo Leminski.

SUMÁRIO

BORBOLETAS NA LAMA	10
MÉTODO PARA NAVEGAR MEMÓRIAS	15
NA-MORADA DA NUVEM	19
PERFUME DE FLOR TAMBÉM PODE SUFOCAR?	24
A CASA VERDE	38
PRIMAVERA DA CLÍNICA NO SOLO DA POLÍTICA	43
BENEDITO E A JUÍZA DE CORPOS: OS PODERES NA INSTITUIÇÃO	54
MARGINAL NÃO TEM NOME	61
SOBRE NEVOEIROS E FLORES DESTERRADAS	68
FALE COM ELAS: POR UM GESTAR CLÍNICO-POLÍTICO	75
REFERÊNCIAS E INSPIRAÇÕES	80

BORBOLETAS NA LAMA

Nas (des)arrumações do material para a escrita encontrei uma frase impressa numa tirinha no meio do caderno que estava usando para escrever. Foi como se eu mesma tivesse planejado um encontro futuro com uma frase que no momento em que foi esquecida não fazia sentido, na esperança de futuras compreensões. A frase é essa: “Buscar nos fundamentos da clínica a violência que nos constitui, e que somente com alguma dor conseguirá ser acessada”.

Realmente desejo que essa frase seja minha, pois, ainda que escrita pelas mãos de outros, sinto que nesse momento só poderia ser minha. Mas se alguém tiver notícias sobre a autora ou autor da frase, me conte, por favor.

De certa forma, podemos considerar que essa frase constitui grande parte da chave-mestra da escrita que aqui foi possível. Percorrendo as vias de finalização, podemos entender que foi uma longa jornada de encontro com a violência que nos constitui e se mostra também por nossos atos, através da análise de experiências político-clínicas.

A clínica vem por último, como o sobrenome a partir de onde nos conectamos ao mundo em filiação simbólica. A clínica psicanalítica no campo da saúde coletiva foi o tema inicial que impulsionou o desejo de escrita. A ideia de uma clínica que se deixava nascer como um olho d’água no deserto, especialmente analisando como os elementos da política podiam facilitar ou dificultar o encontro com os olhos d’água da clínica.

A vida não para quando decidimos pesquisar um tema, nem o próprio tema permanece estático ao sabor da nossa observação distante. No tempo que seguiu produziram-se experiências de absurdo político e violência ética, que tiveram efeito de verdadeiros

tsunamis subjetivos. Como uma sobrevivente, o trabalho consistia então em vasculhar os escombros e entulhos enlameados em busca das memórias que precisassem e pudessem ser salvas e resignificadas. Memórias que, assim como a frase-borboleta encontrada por entre as folhas em branco, se acessadas no momento certo podem alçar voo e alcançar a nuvem.

Ocupar um cargo de gestão pode se desdobrar num gestar uma clínica, multiplicar uma prática de escuta que tenha a potência de produzir vida. Nos embaraços das relações entre clínica e política que se estabelecem nas instituições muito se cria. E muito se destrói. E o que resta?

Para o reconhecimento dos estilhaços, a dimensão política foi ganhando força. Foucault, Levi, Benjamin, Agamben, Freud e Hannah Arendt, foram alguns bons parceiros de viagem. A coragem e clareza com que escreveram sobre os revezes da vida humana em sociedade pode ter sido a inspiração. Mas também porque deram testemunho de que existe caminho de sobrevivência. Seria a escrita o bote desgovernado que nos mantém vivos, ao preço de aceitarmos a imprevisibilidade dos destinos que iremos alcançar?

Aceitando embarcar nessa viagem, percorremos textos que também dizem dos (des)caminhos de uma trabalhadora-gestora-psicanalista pelos exercícios da clínica e do poder, a nos indicar alguns pontos de apoio para a afirmação de que as dimensões éticas, clínicas e políticas encontram-se por essência interconectadas. O terreno a ser percorrido é o limite do encontro entre política e clínica, narrado a partir de experiências no campo da atenção psicossocial. Tecer uma narrativa de reconhecimento dos efeitos de vida que podem ser promovidos pela clínica, quando esta encontra-se resguardada pela política através de atos de gestão.

Uma escrita que acabou ganhando devir narrativo, pois testemunhou, como vítima e como algoz, as várias faces da política

que podem ofuscar a clínica e também produzir morte. Para fazer frente a essas intensidades de marcas do tempo, precisei tomar distância de mim mesma, e por vezes me apresentar como personagem, alguém sobre quem se fala. É nesse caminho que esta narrativa constitui-se como testemunho de várias experiências, mortíferas e/ou potentes, na aposta de que através da palavra a vida pode ser (re)(a)firmada.

Como fotografias da viagem, algumas narrativas testemunhadas por ela ao habitar o território da atenção psicossocial pretendem dar textura aos conceitos e elaborações teóricas costuradas ao longo dos textos.

A plataforma simbólica da narrativa permite a quem lê (e a quem escreve) o movimento de verter a experiência em ficção, e a possibilidade de entrar em transferência com a experiência. A escuta dessa transferência é que vai indicar os significantes a serem buscados também na dimensão da produção teórica. No movimento de distanciar-se de si, encontramos outras figuras: a casa, a praça, a rua, a nuvem, flores e borboletas.

A aproximação das questões de pesquisa foi inicialmente possível através de um trânsito por narrativas semificcionais que apostam no uso de espécie de filtro da literatura para melhor escutar a experiência. Buscou-se uma forma de narrar a experiência partindo de outros pontos de apropriação, permitindo que o tempo e o acaso (outro nome do inconsciente) apontassem caminhos.

Sobre a escrita, Meira diz que “somos obrigados a vivenciar, a pensar, a sentir tudo aquilo que, em outros momentos, podemos negar”. (2016, p.84). Foram tantas camadas de aproximação e recuo, que só puderam estar expressas em escrituras, que, embora não estejam necessariamente em linearidade temporal, encontram um fio que as une pela temática que vai se mostrando um pouco a cada texto, fazendo função de anagramas de uma subjetividade outra.

Em tempos de ameaça à democracia e emergência de projetos que representam um retrocesso a práticas que pensávamos superadas, uma produção acadêmica parece ter o compromisso de demarcar uma posição não só teórica, mas ética e política. Reconhecimento da força política de sustentar na palavra escrita o que acreditamos ser uma das saídas para os tempos difíceis.

As histórias escolhidas para delinear com a escrita deixaram muitas questões e algum desconforto. Foram situações-paradoxo. Deixar que a memória levante voo em borboletas que desenhem mapas do devir. O devir é também trajeto e, sendo assim, conta das afetações do caminho, e não apenas do resultado como imagem preponderante. Foi um caminho que mobilizou muitas representações e diz também do desconforto que se produz na vida em sociedade.

Para a psicanálise, nas palavras de Dadoun (2015), utopia seria a racionalidade do inconsciente, a possibilidade arriscada e incerta do encontrar o original e o singular, num movimento de olhar e escutar o passado através daquilo que é projetado no futuro ideal, sem ter a pretensão de realizar na concretude.

Olhar e escutar o passado guarda suas dores e angústias, já anunciadas pela imagem de borboletas na lama, que pode derivar-se em infinitas possibilidades de imagens, de acordo com quem lê. Estar na lama, como chegar num determinado limite da imagem até então admirada em beleza inquestionável. De saída reconhecer a precariedade que nos constitui a todos para poder assim reencontrar a leveza do voo da borboleta.

Tentaremos cumprir uma “avaliação dos deslocamentos” como nos ensina Deleuze (2011). Percorrer a experiência com a noção de um inconsciente que “já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires; já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra, *Levantam voo.*” (p.86).

Nos momentos em que o nevoeiro embaça o olhar para além de si mesmo, a escrita pode ser a salvação. Não porque tenha o poder de dissipar nuvens desagradáveis. Mas porque nos impele a fechar os olhos e olhar para dentro. Lança-nos numa jornada pela escuridão da memória e faz tecer um casulo significante que embala essa viagem. Experiência que nos ensina que, sempre que não for possível ver além, podemos olhar para dentro. É uma estratégia de sobrevivência talvez, mas é também libertador saber que existe um universo dentro de si que pode ser acionado sempre que necessário ou desejado.

MÉTODO PARA NAVEGAR MEMÓRIAS

“O sobrevivente tem a vocação da memória, não pode deixar de recordar.”

Giorgio Agamben¹

Considerava-me, em certa medida, uma sobrevivente. Assistiria, em menos de um ano, toda a energia de amor e criação investida naquela casa ser literalmente jogada na lata de lixo. Não foi uma catástrofe natural ou o estopim de uma guerra que precipitaram essa destruição. Foi um evento corriqueiro e banal do funcionamento do sistema de gestão das instituições públicas brasileiras.

Queria entender o que havia acontecido, mas precisava encontrar um jeito de sair daquele lugar de silêncio e mágoas. Qual o tamanho do terreno de silêncio para que os alicerces da palavra possam se erguer? Com quantos silêncios se faz uma palavra? Quanta solidão é preciso viver para encontrar-se com o “seu” estranho, inquietante, que tira da quietude e move à letra?

“Ao escrevermos, como evitar que escrevamos sobre aquilo que não sabemos ou sabemos mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta extrema que separa nosso saber e nossa ignorância e que transforma um no outro.” (Deleuze, 2006, p.10).

Deparar-se com a castração a partir da angústia que a própria ignorância pode gerar, exige um processo de luto, de si mesmo, do que poderia ter sido, da palavra ideal, que estaria refletindo as intenções mais fidedignas da realidade. Mas a vivência da castração é também a única possibilidade de manter “o processo de autorizar-se em movimento. Autorizar-se no sentido de se tornar autor, em vez de esperar a autorização do Outro para se definir.” (Pinto, 2008, p.88).

¹ 2008, p.36.

Poli ajuda a aceitar que a investigação dos elementos psíquicos sempre envolve um

“olhar-se no espelho”: “A arte da pesquisa está em recortar aí um olhar oblíquo que não visa ao si mesmo composto na imagem; o trabalho de pesquisa começa quando – diante do duplo – arrisca-se perder a noção de qual é o referente, qual é o outro. O sujeito é o “entre dois”, nem um, nem outro, que surge da experiência dessa perda.” (2006, p.45).

Além de envolver esse mirar-se no espelho, processo que nem sempre devolve a imagem que desejamos, foram vivências do tempo de trabalho em gestão-clínica, compartilhadas entre várias, e que agora pretende-se tornar experiência a partir do relato de uma delas sozinha. Rodulfo diz que “minha experiência não é um objeto que possuo, que posso exibir o título de propriedade, é uma inflexão que produz um “meu” que não estava aí antes.” (Rodulfo, 2012, p.66).

Escrever nos faz entrar em transferência com o incompleto que nos move, então será sempre tomado de alguma angústia. “E escrever sobre o que nos angustia faz-nos vivenciar tal estado de modo mais forte ainda, porque aquilo que ganhou externalidade por nosso próprio punho dificilmente pode ser negado”. (Meira, 2016, p.84). Nas inflexões de aproximação com o que de “meu” a experiência guardava, foi necessário buscar amparo na ficção e na fantasia, pois é uma pesquisa que se afirma no “princípio ético de considerar a realidade sempre a partir da inclusão do sujeito na experiência.” (Poli, 2006, p.47).

Com Deleuze podemos entender que o duplo do pesquisador se reflete em espelho móvel entre o imaginário e o real:

“uma viagem real carece em si mesma da força para refletir-se na imaginação; e a viagem imaginária não tem em si mesma a força, como diz Proust, de se verificar no real. Por isso o imaginário e o real devem ser antes como que duas partes, que se pode justapor ou superpor, de uma mesma trajetória, duas faces que não param de intercambiar-se, espelho móvel.” (2011, p.85).

A busca por intercambiar nuvens reais e imaginárias no texto foi inicialmente possível através de construção de narrativas, no

encontro com Benjamin, que a caracteriza como uma “forma artesanal de comunicação” (1994, p.205), em que o narrador-artesão busca transmitir algo do vivido não como mera reprodução de fatos, mas num discurso que se permite atravessado por emoções, percepções, análises e fantasias do narrador. Vai entalhando a experiência com a linguagem, para então partilhá-la com o mundo.

Frente a vivências no terreno do absurdo, em que sentimos um empuxo de silenciamento, as narrativas podem ganhar traço de testemunho. Testemunhar talvez seja uma tentativa de manter-se ético frente a uma realidade com ares de catástrofe. Mas permanecia algo de uma vergonha na escrita testemunhal, como se facilmente deslizesse para uma escrita de diário, a qual somente a própria escritora deveria ter acesso. Necessário encontrar o ponto da experiência que, a depender da emergência de um estilo, presta-se a alguma identificação e operar uma transmissão que encontre posição de fala entre o ridículo da verdade e as alargadas possibilidades de elaboração da ficção.

Agambem (2008) nos consola dizendo de uma “dificuldade que experimentamos toda vez que procuramos comunicar a outros as nossas experiências mais íntimas”, e que essa dificuldade tem relação com a própria estrutura do testemunho, que irá se ocupar de “fatos tão reais que nada é mais verdadeiro, uma realidade que excede os elementos factuais” (p.20). Sobre a vergonha, ele diz que ela denuncia “o fato de se estar pregado a si mesmo, a impossibilidade radical de fugirmos de nós para nos escondermos de nós mesmos, a presença irremissível do eu frente a si mesmo” (p.109).

Despregar-se de si mesmo leva tempo e passa por algum sofrer, principalmente pela constatação de que nunca vai ser possível completamente, tem sempre alguns pregos que permanecem (ainda bem, pois não sabemos qual deles sustenta a nossa morada interna). Foi necessário desejar habitar o mundo daqueles que “assumem o ridículo

de ser singulares, irredutíveis à conformidade do universal, mostrando a própria obra que revela sua incapacidade de tudo dizer.” (Pinto, 2008, p.88).

Muitas vezes questionei, seguindo os conselhos de Rilke, na “hora mais silenciosa da madrugada: preciso escrever?” (2013, p.25). Sentia que precisava criar alguma concretude para as memórias para que, mesmo que tornadas ficção, não perdessem a potência de ativar utopias sufocadas na fumaça dos tempos difíceis. Preciso escrever para, no encontro com o passado, voltar a devanear um futuro.

Como um *wander* que vagueia pelo mundo, um Marco Polo que garante sua sobrevivência através das narrativas que constrói para o imperador Kublai Khan. Frente aos horrores que se descortinavam a cada território conquistado, somente nos relatórios de Polo Khan “conseguia discernir, através das muralhas e das torres destinadas a desmoronar, a filigrana de um desenho tão fino a ponto de evitar as mordidas dos cupins.” (Calvino, 1990, p.10).

Pensar uma escrita que possa ao mesmo tempo dar testemunho da dessubjetivação e dizer do ínfimo desenho que resiste, para nesse movimento produzir possibilidades sobre o pensar o viver. Pois, como provoca Peter, “não é este um dos sonhos do pensamento? O de insuflar na vida, a partir dela mesma, uma grande e nova leveza lúdica?” (Pelbart, 1993, p.12).

Talvez toda a retomada de método aqui empreendida encontre sua síntese mais fiel nas palavras de Conceição Evaristo:

“Digo isto apenas: escrevo o que a vida me fala, o que capto de muitas vivências. Escrevivências.” (2017, p.17).

NA-MORADA DA NUVEM

Sua mãe lhe disse, com aquela força de profecia da palavra materna, que ela se apaixonaria muitas vezes na vida. Movia-se por paixões, em um tipo de ética de viver somente o que seu desejo apontava.

Os tempos intensos e apaixonados da residência integrada em saúde lhe oportunizaram contato e vivência no SUS, o que teve para ela um valor revolucionário de instalar uma política do viver em sociedade. Encontrou, naqueles princípios de universalidade de acesso, equidade, integralidade do cuidado e controle social, ferramentas de mediação social democrática, com liberdade e expressão da alteridade. Sentia-se amparada por aquela política, sustentada por um ideal compartilhado com pessoas que ela acreditava e admirava.

Durante esse tempo teve a oportunidade de ser relatora de uma Conferência Estadual de Saúde Mental, que aconteceu no Mental Tchê², em São Lourenço – do Sul como o Rio Grande. Sentiu a liberdade e a potência de encontrar um caminho e um lugar legítimo para cada um deliberar acerca de seus direitos, desejos e necessidades, através da construção conjunta de um texto coletivo.

Sentia que a residência cumpria sua função de formação que desenvolve uma

“capacidade crítica sobre a realidade social produtora de adoecimento, olhar ampliado sobre o cuidado em saúde – caracterizando a produção de uma clínica ampliada –, capacidade de trabalho em equipe, participação na produção das políticas públicas de saúde e disposição para o trabalho coletivo.” (Pasini & Guareschi, 2010, p.158).

² Evento que reúne anualmente, desde 2005, usuários, trabalhadores, familiares, estudantes, residentes, gestores, e demais atores e simpatizantes do Movimento de Luta Antimanicomial, num grande encontro para celebrar boas práticas em saúde mental e pensar democraticamente saídas para os impasses do cotidiano do cuidado e atenção psicossocial. O caráter singular do evento talvez esteja no importante protagonismo dos usuários, ocupando lugar de fala, expressando-se em manifestações culturais e desenvolvendo iniciativas de geração de renda.

Sua experiência clínica durante a residência se desenrolou predominantemente em ambiente hospitalar para tratamento da tuberculose, acompanhando pessoas que lutavam para se agarrar à vida e outras que pareciam ter desistido dela. A tuberculose, que já guardou algum romantismo por ser padecimento de escritores e intelectuais, agora assola a população que está à margem do sistema: os internos do hospital em sua maioria estavam em situação de rua ou era proveniente do sistema prisional.

Era um ambiente árido e pungente, em que o preconceito, a exclusão e a morte estavam sempre à espreita, mostrando a condição social como determinante fundamental daquele adoecimento do corpo. Mas eram corpos em que ainda resistia um sujeito – aquilo “que fala no humano” (Sauret, 2006, p.20) –, passível de ser escutado por quem deseja escutar.

Entendia que alguns valores e princípios do SUS dificilmente seriam contemplados no funcionamento totalitário do hospital, e passava os dias a buscar brechas no espaço-tempo de uma internação clínica (que podia se prolongar por mais de um ano) para desenvolver a clínica em que acreditava e que encontrava sustentação nos princípios políticos que estudava e vivia.

Apaixonou-se pelas inovações peripatéticas de Lancetti (2008), que ajudaram a movimentar seus roteiros de escuta. Caminhou com aqueles que só sentiam o pulmão funcionar e a fala fluir quando saíam dos quartos e corredores gelados. Mas teve também aquele que, recém-chegado, negava-se a deixar o leito, convocando-a a acompanhá-lo em fantasiosas viagens. De helicópteros ou a cavalo, partiam rumo ao resgate do ouro das memórias que aquele guardava consigo.

Na composição com outros saberes, acompanhou aqueles em que o real do corpo adoecido abriu passagem para as aventuras simbólicas de letramento, deslumbrando-se, na idade adulta, em inaugurais leituras e escritas a próprio punho. Participou ainda de um círculo

de “fuxicos” com aquelas que costuravam as memórias em artesanias narrativas. Colecionava dispositivos que ajudassem na escuta, torneando a técnica para acompanhar a singularidade de cada pessoa escutada.

Boa parte do trabalho consistia em sensibilizar outros profissionais a permitirem e apostarem naquilo que o desejo daqueles sujeitos estava sinalizando, ainda que isso contrariasse as regras rígidas e higienistas do ambiente hospitalar. Desenvolvia a escuta clínica que extrapolava o espaço do consultório na busca pelo reconhecimento daqueles sujeitos, mas que dependia de intensa articulação político-administrativa para ser possível.

A clínica psicanalítica esteve presente desde o início de sua trajetória profissional, seja através da escolha por iniciar formação em psicanálise logo após a graduação em psicologia, seja pela análise pessoal. O paralelo entre a formação em psicanálise e a formação em serviço de saúde coletiva poderia ser considerado a pedra fundamental da compreensão clínica que iria construir dali para frente. Foi gradativamente entendendo que psicanálise também se faz da política e a política também se apresenta na clínica.

Percebia as instituições públicas como complexos laboratórios de experiências (exitosas e desastrosas) de encontros entre as dimensões da clínica e da política. Acreditava ter alguma habilidade nessa articulação e seguia desejando o serviço público como o terreno ideal para germinar seus sonhos.

Enquanto falava ao telefone observava o gramado do hospital, tentando mapear, através das bitucas de cigarro acumuladas, os pontos de fuga daqueles que vinham “esfumar” a realidade que respiravam diariamente. Foi quando recebeu a notícia ensolarada de nomeação em concurso público como psicóloga.

Havia feito muitos concursos, mas era para aquela cidade que seu desejo apontava com mais vigor. Frequentava suas ruas limpas e floridas como turista e admirava o cuidado que os moradores tinham com o espaço público, que parecia advir de uma genuína valorização de seu território, não apenas um artifício para atrair turistas.

Alegrou-se em saber que trabalharia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, o que lhe parecia uma oportunidade de expandir a criatividade clínica que já tinha experimentado, além de ser um belo lugar para fazer morada.

Apressou-se em retornar à cidade para buscar referências que ajudassem na transição de turista para moradora. Perguntou pelo CAPS a uma senhora que tomava conta do banheiro público na praça central. Ela respondeu: “Não tem erro, é na rua que vai e vem!”. Pela neblina de um domingo gelado, encontrou a casa que abrigaria seus sonhos pelos próximos anos. Apaixonada que estava, pelo namorado que a acompanhava e pela nova vida que despontava em seu horizonte, eternizaram o momento num abraço fotografado em frente ao CAPS.

Mudou-se de mala, cuia, paixões e ideais para viver integralmente essa nova etapa da vida. Estabelecer-se na cidade como moradora foi mais fácil do que imaginava. Escolheu morar a poucos metros de onde trabalharia e recebeu as chaves do apartamento que alugou antes mesmo de assinar o contrato. Enfrentou pouca burocracia para abrir conta no banco e pedir instalação de luz na sua casa. Vindo do universo muitas vezes hostil e cheio de desconfianças da capital, sentiu-se bem com essas facilidades que lhe dava a sensação de acolhida e generosidade.

Tinha alguma ideia sobre privilégios, mas não o suficiente para entender que ser branca, psicóloga e funcionária pública seriam significantes com valor decisivo nas facilidades que encontrou no seu habitar inicial.

Numa das primeiras noites morando na cidade, enxergou passando veloz pela sacada algo como uma fumaça, que ficava cada vez mais densa. Aproximou-se e correu a telefonar para os pais, maravilhada a contar que estava dentro de uma nuvem. Quantas nuvens ela ainda iria habitar nos próximos tempos não sabia, tampouco suspeitava que o encantamento de estar na nuvem poderia se transformar no desespero de não ver além.

PERFUME DE FLOR TAMBÉM PODE SUFOCAR?

Era início de primavera, e sentia um frio a subir-lhe pelos pés ao ficar tantas horas sentada atendendo. A mudança dos ares poluídos da capital para o ar gelado da serra fez com que ficasse em constante estado de sufocamento alérgico, que se manteve por muitos dias sem remédio. Brincava dizendo que seu corpo não estava acostumado com ar tão limpo, com tantas flores a polinizar o ambiente. Se pudesse escutar seu corpo talvez decifraria que ar puro não sufoca ninguém. O que poderia estar gerando essa sensação?

Manifestou seu interesse em trabalhar com oficinas terapêuticas e com propostas vinculadas à atenção primária, que estivessem próximas do território de vida das pessoas. Parecia ter sido escutada, pois foi direcionada a atuar em duas oficinas terapêuticas e atender em uma unidade de saúde dois turnos por semana. O restante do tempo estaria em atendimentos individuais que aconteciam dentro do CAPS.

No primeiro dia de trabalho recebeu uma agenda repleta por cerca de quarenta atendimentos individuais que já tinham sido previamente agendados. Soube qual seria a “sua sala” e já deveria chamar o primeiro paciente. Sobre os atendimentos individuais recebeu as seguintes instruções: iniciavam às sete e meia da manhã e não deveriam durar nem mais nem menos do que trinta minutos. O paciente deveria ser alertado de que se faltasse duas vezes consecutivas, estaria automaticamente “perdendo sua vaga”.

Os acolhimentos iniciais dos usuários que ingressavam no serviço deveriam ser feitos nos trinta minutos de “folga” que cada profissional tinha por turno de atendimento. As pessoas acolhidas e escutadas (ou não) nesse intervalo dos trabalhadores, iriam, via de regra, para lista de espera de psicoterapia.

A lista eram folhas grampeadas que ficavam sob posse da técnica de enfermagem, que, juntamente com o enfermeiro e o auxiliar de serviços gerais, exercia uma demarcada função administrativa de organização e manutenção das regras da instituição. Em alguma medida se juntariam a eles também os psicólogos recém-chegados, numa rede de mútua vigilância sobre o cumprimento das regras, sempre buscando a melhor versão da uniformização também dos trabalhadores.

Para a trabalhadora, defensora do SUS de acesso universal, lista de espera representava um indicativo de que algo não andava bem no serviço, um tema para a gestão se ocupar, ao lado da equipe, de tomá-la como analisador do serviço, promovendo a reflexão compartilhada sobre seus significados. Mas acabava por ser interpretada como aumento de procura ao serviço e utilizada como instrumento de organização numérica da demanda. Para os psicólogos, não representava muito mais do que uma espécie de roleta-russa que os ameaçava a cada reunião. Ela reparava que alguns nomes permaneciam na lista por meses, sendo pulados quando chegava a sua vez pela ordem, como se devessem ficar na lista por castigo.

Esse enquadre determinado de tempo e espaço, com regras rígidas delimitando a relação com o usuário, dificultava a escuta do singular, que nem sempre se mostra na sala. Talvez arriscássemos afirmar que a ousada proposta de reabilitação psicossocial só poderia ser levada a cabo num acompanhamento daqueles sujeitos no tecido mais básico do viver diário. Pressupõe “sair de casa” e construir pontes e encontros com a sociedade.

Encontramos naquele que ficou conhecido como Manual, mas que tem como título oficial “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, algumas diretrizes:

“As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações,

preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana.” (Ministério da Saúde, 2004, p.14).

Vale questionar sobre o “apelido” que ganhou essa publicação, uma vez que oficialmente não encontramos a palavra *manual* no título. Uma das proposições do serviço substitutivo é o rompimento com o que foi produzido no manicômio, também em termos de regras que, definidas a priori, irão cercear a existência e a autonomia das pessoas a ela subjugadas. Mas a busca por algo que norteasse essa delicada tarefa de substituir o manicômio pode ter produzido o anseio por um manual.

Parece que foi necessário algo que dissesse de normas básicas de funcionamento, mas que bem poderiam estar expressas em orientações, sugestões, uma espécie de mapa com alguns pontos de apoio para a elaboração e implantação do serviço. Talvez nenhuma publicação pudesse sozinha dar conta de garantir que esses preceitos se consolidassem, uma vez que os sujeitos que irão traduzir essas publicações em práticas estão também regidos pela lógica manicomial de institucionalização da loucura.

REUNIÃO DE EQUIPE

A reunião de equipe era semanal e durava pouco mais de uma hora. Não existia uma pauta prévia de assuntos a serem discutidos, e a reunião se resumia à comunicação de recados administrativos por parte da coordenadora, e à leitura dos nomes da lista de espera, caso algum psicólogo sinalizasse horário livre na agenda. Pouco era discutido sobre os casos novos que eram acolhidos e menos ainda sobre aqueles que já estavam em atendimento, sendo frequente a reunião terminar antes do horário.

Na reunião e fora dela, os profissionais muitas vezes falavam dos usuários com ironia, tomando como risível a maioria das manifestações que viessem deles, ou restringiam a discussão ao que

sabiam de outras fontes, algo como boatos e notícias provenientes de vizinhos e conhecidos.

O formato da reunião, a brevidade com que eram discutidos os casos, a postura dos profissionais e gestor frente a essas discussões, são alguns elementos que poderiam estar embaçando o olhar para a clínica. Parecia haver um esvaziamento de sentidos das discussões na reunião de equipe, que se refletia no esvaziamento da dimensão da clínica na instituição. Apesar disso, existia o espaço protegido para reunião. Era um serviço que parecia seguir de forma literal o que estava supostamente determinado em manuais, leis e portarias. A partir de uma compreensão da instituição sob o paradigma empresarial podia-se considerar que apresentava desempenho exemplar nos quesitos burocrático, numérico, estrutural e gerencial. Por outro lado, o paradigma da saúde coletiva propõe a clínica ampliada como base da atenção, ainda que contraditoriamente contabilizando a produção dos serviços por procedimentos. Os aspectos subjetivos e não controláveis pareciam sofrer tentativas de negação ou de disfarce nas regras rígidas daquela casa.

As publicações oficiais sobre o funcionamento dos serviços de saúde mental não fazem referência aos objetivos e possibilidades de funcionamento de uma reunião de equipe, por exemplo, de onde os gestores e trabalhadores pudessem se amparar para estar/participar/coordenar uma reunião. Supostamente habitamos um país democrático, mas onde a democracia em ato é pouco exercitada nas instituições públicas.

Reunião de equipe é evento complexo, um jogo de forças. Talvez por isso ela adorasse a cena da reunião, era um momento de esperança de encontro, de possibilidade de despertar da força do coletivo. Muitas vezes mostrando-se como uma arena de disputas, era também um tempo em que aqueles profissionais podiam se olhar, conversar e se preparar para a longa jornada de atendimentos que cada um iniciaria

a partir do exato momento em que a reunião terminasse. Parecia ser importante que a reunião fosse acima de tudo divertida, o que impelia a todos a transformarem as dúvidas e dificuldades em piadas e ironias.

OFICINAS TERAPÊUTICAS

As oficinas terapêuticas aconteciam em três turnos por semana. Uma oficina de dança, uma de teatro e expressão e outra oficina com temática livre, em que os usuários almoçavam no serviço.

A Oficina Livre teve origem em uma oficina de culinária em que todos elaboravam receitas e cozinhavam juntos, mas havia se transformado em um almoço em que os usuários deviam aguardar sentados à mesa para receberem seu prato servido pela auxiliar de serviços gerais. Era o único almoço coletivo, sendo que nos outros dias apenas um usuário almoçava na casa, comendo quase todos os dias um macarrão instantâneo preparado pelo enfermeiro. Nessa época a cozinha era habitada pelos usuários apenas quando faziam fila para lavar seu prato após o farto lanche que era servido nas oficinas.

A Oficina de Teatro era a mais populosa, contando com a participação de mais de vinte usuários. Configurou-se dessa forma não por ser a atividade escolhida pela maioria e sim por uma certa obrigação de estarem no CAPS nesse dia para receberem os pacotes de medicação semanal, que eram distribuídos pela coordenadora aos usuários.

Para participarem das oficinas, os “crônicos”, como eram nomeados, eram trazidos até o serviço com um transporte da secretaria de saúde exclusivo para eles, que os buscava em frente as suas casas e levava-os de volta após o término da atividade. Eles acabavam tendo uma participação no serviço também crônica. Eram os mesmos usuários que estavam em todas as oficinas, dificilmente alguém saía ou entrava no grupo, e não se esperava muito deles além

de estarem presentes dentro das normas de relacionamento e permanência na casa.

Nos períodos em que estavam no serviço eles ficavam no salão de atividades ou em outro espaço na parte dos fundos, só acessavam a parte da frente da casa para fazer medicação injetável ou quando tinham consulta psiquiátrica. Todos eles tinham garantido horário de atendimento com o psiquiatra uma vez por mês, mas a consulta de cada um era sempre acompanhada por um dos três profissionais que coordenavam as oficinas.

As cenas descrevem algumas situações que demonstram como a dimensão do desejo do sujeito, e por consequência a clínica, fica subsumida em operações que poderiam ser buscas por garantia de direitos aos usuários, mas acabam mostrando-se mais como instrumentos de reforço de uma segregação da loucura. O fato de existir um transporte especial para o seu deslocamento silencia os problemas de locomoção que possam ter e as possibilidades de ampliação de autonomia a partir de uma tomada clínica desses problemas.

Ao lado do transporte exclusivo, outras informações colocam em cena os limites entre a garantia de direitos e a anuência da exclusão e do preconceito ligados à loucura. Os usuários têm destinado para o seu uso um salão de atividades amplo e bem equipado, mas o seu habitar a casa acaba ficando restrito apenas a esse espaço, escondido nos fundos, sendo desestimulada e até repreendida a sua circulação por outros ambientes, como cozinha, recepção e salas de atendimentos.

O acompanhamento obrigatório que os profissionais prestavam aos usuários na consulta psiquiátrica era considerado algo natural e inquestionável. Baseava-se na premissa de que eles não conseguiriam falar por si, ou que repetiriam sempre a mesma coisa. Os

profissionais deveriam contar ao psiquiatra, a partir de sua percepção, o que tinha se passado com o usuário naquele período.

Os usuários que frequentavam as oficinas terapêuticas pareciam ter tido sua subjetividade domesticada em práticas disciplinares sutis e outras nem tanto, inseridas no tecido mais fundamental da vida daqueles usuários que seriam seus colegas. Esperar o transporte na hora determinada pelo serviço, ter sua comida, escolhida por outra pessoa, colocada na sua frente, cadenciar a vida pelos horários de tomada de medicação. Práticas que incidem sobre a forma como irão dormir, acordar, alimentar-se e se locomover, um fio que costura a existência dessas pessoas num movimento de “ocupação do tempo, da vida e do corpo do indivíduo” (FOUCAULT, 2006, p. 58). A aceitação passiva e cordata de todas essas normatizações, que parecem cruéis assim escritas, era o que garantiria que os corpos dos usuários fossem aceitos no serviço e na sociedade. Cumprir as combinações e tomar a medicação sem muitos questionamentos era o que se esperava deles.

Ainda que com poucos horários, muitas normas e regras e o desempenho de certa tutela dos usuários, o tempo das oficinas terapêuticas era uma oportunidade de experimentação da criatividade de cada um, inclusive, e talvez principalmente, daqueles que coordenavam as atividades.

Dia desses, no preparo do cenário da Noite Cultural, foi que ela lançou-se a forjar nuvens com lápis e tinta. Na busca por suas referências, nos ensinamentos maternos sobre cores e sombras, conseguiu respirar e arriscar-se a (re)conhecer sua imagem-nuvem.

A Noite Cultural era um momento de muita empolgação para os usuários, pois era um evento que acontecia no final do ano e contava com a participação de seus amigos e familiares. Nessa noite, profissionais e usuários apresentavam algo que haviam produzido e exercitado ao longo do ano.

Ao final do evento era oferecido um abundante coquetel, momento em que todos confraternizavam e conversavam. Os profissionais se ocupavam de ajudar a servir as mesas ou outra função logística, restando pouco tempo para conhecer e conversar com os familiares dos usuários. A questão da comida era muito valorizada por todos, e por vezes aparecia uma compreensão por parte dos profissionais de que seria a única motivação para as pessoas irem ao evento.

Assim como a comida, o planejamento, execução, organização, montagem e programação da noite ficava a cargo dos profissionais que estavam envolvidos com as oficinas terapêuticas, uma vez que era um evento construído para – e não com – os usuários. Esses não eram convocados a participarem de nenhuma etapa decisória do processo e estavam aparentemente confortáveis desempenhando aquilo que foi determinado para eles.

Chamava a atenção que os lugares de protagonistas no teatro e as posições de destaque na dança eram ocupados pelos profissionais responsáveis pelas oficinas. Isso não parecia fazer muito sentido, apesar de os usuários demonstrarem não se incomodar e até gostar de assistir os profissionais fazendo graça como atores. Ela não quis ser atriz, não sentia em si essa aptidão, o que foi motivo de deboche entre os outros profissionais, que pareciam entender como obrigatório o desejo de ser protagonista naquela noite.

O conceito e os efeitos dessa noite poderiam ser muito potentes, a partir da compreensão de que era uma oportunidade de expressão e de reconhecimento da forma singular que cada um encontra para mostrar-se ao outro. Havia, porém, uma dificuldade de deixar que essa forma singular aparecesse.

Durante o evento, olhando para o cenário montado, a nuvem passou a causar-lhe desconforto, que se aproximava do que sentia ao assistir os profissionais como protagonistas da peça. Ainda que a

nuvem pairasse em plano de fundo, parecia um deslocamento autoritário das imagens que não puderam estar ali.

Sentia que as pessoas estavam desenvolvendo um trabalho numa instituição pública que foi pensada e projetada para cumprir uma função social, sem terem a compreensão sobre as demandas que fundaram essa instituição. Um dos caminhos clínicos a ser adotado no espaço de análise se percorre na retomada da dimensão histórica do sujeito, no acompanhamento da apropriação da sua historicidade e na transformação das suas vivências e afetos, a partir da elaboração, em uma história que possa ser pensada e contada.

Convidou então alguns autores a subirem ao palco e nos contarem um pouco da história e dos pressupostos que sustentam a clínica preconizada na política de atenção psicossocial.

Amarante (2007) é o primeiro a subir ao palco. Em monólogo, conta sobre o caminho que percorreu pelas origens históricas, clínicas e subjetivas da constituição da política de atenção psicossocial no Brasil. Ele conta que, das estratégias francesas para humanizar o ambiente hospitalar de tratamento, nossa proposta herdou: uma abertura dos referenciais teóricos, nomeado pelo autor como **“escuta polifônica”**; a noção de **acolhimento**, com destaque para a função da equipe; formato de **comunidade**, onde todos deveriam ter função terapêutica; e, por fim, luta e questionamento acerca da violência e verticalidade das **relações institucionais** (p.44). Enfatiza que a experiência italiana foi além, propondo a desconstrução do manicômio e a construção de uma nova relação social com a loucura, através da atuação de centros de saúde mental, que deveriam **“tomar o lugar das instituições psiquiátricas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas.”** (Ibid, p.56).

Tenório & Rocha aparecem para lembrar que a atenção psicossocial como um **“campo de cuidados”** acabou tomando como um de

seus objetivos “levar o paciente a um funcionamento mais favorável ao seu pertencimento” (2006, p.57), mostrando que o movimento antimanicomial pode ter produzido alguns pontos de cegueira para práticas disciplinares que podem ter sido disfarçadas pela necessária busca de garantia de direitos. O holofote da clínica precisa iluminar tanto o sujeito do desejo quanto o sujeito de direitos.

Deduzimos que a busca por adaptação do sujeito ao meio também diz da fragilidade da dimensão clínica no serviço, o que Campos confirma ao dizer que

“Nos serviços de saúde mental a análise da situação institucional estará sempre fortemente entrelaçada com a discussão clínica. Não é possível discutir casos sem colocar em análise o funcionamento da equipe. A natureza do que ali é tratado faz essa separação indesejável.” (2001, p.109).

Ela alerta para o fato de as discussões sobre as reformulações dos modelos de assistência terem acontecido mais na retórica do que na prática (Campos, 2012, p.28), o que pode ser problematizado a partir do relato dos primeiros tempos vividos no CAPS. As origens e propostas reformistas parecem ter se perdido em alguma curva da arriscada e pouco conhecida jornada que uma diretriz política percorre até ser expressa em práticas de atenção.

Na opinião de Dunker & Kyrillos Neto, “as políticas substitutivas em saúde mental acabaram indiretamente, e quiçá despropositadamente, se transformando em políticas contrárias à clínica, seja ela psicológica, psiquiátrica ou psicanalítica.” (2015, p. 16).

Goldberg vem contar que, em 1996, tempo em que ainda estavam se configurando os CAPS como serviços substitutivos ao manicômio, já ressaltava a importância de que o planejamento em saúde dos serviços fosse capaz de produzir um contraponto ao planejamento operado

apenas sobre o aspecto quantitativo, levando em consideração “a questão da clínica dos indivíduos que recorrem aos serviços” (p.30).

Cada um desses autores sinaliza, a partir de sua retórica, o quanto a clínica acabou ficando em posição de fragilidade nos serviços substitutivos, o que pode ser confirmado com base nas observações da organização do serviço.

Visualizamos uma instituição comprometida com a tarefa de ofertar atendimentos e atividades para os usuários, através de um preenchimento máximo das agendas dos profissionais e na proliferação de regras que pareciam tentar controlar o incontrolável do trabalho com o sofrimento psíquico grave. Mas que não se ocupa de pensar sobre os efeitos clínicos dessas atividades, tampouco sobre a dimensão política do fazer e dos processos de trabalho na instituição.

A ausência da dimensão clínica pode também ter a ver com um modo de compreensão da equipe com as lentes do taylorismo. Campos (2000) nos ajuda a perceber que, assim como o taylorismo instiga a eliminação da dimensão da subjetividade, também a medicina, para se afirmar como ciência, desenvolveu a clínica buscando a racionalidade como meta. Nos serviços de saúde podemos facilmente incorrer no fortalecimento da racionalidade de um entendimento biomédico dos sintomas, que valoriza o diagnóstico e busca eliminar a dimensão do desejo.

O autor traz a percepção de que a gestão observada nos serviços de saúde ainda está orientada pelo aspecto disciplinar e de controle, com expressões organizacionais de autoritarismo, ainda que travestido por estratégias motivacionais para estimular o entusiasmo do trabalhador, que deve assumir uma posição ao mesmo tempo submissa e responsável pela execução das tarefas. Importante a reflexão de que as empresas se organizaram de forma a fazer uma cisão entre o planejamento e a execução das tarefas, estando a elite pensante da

organização ocupada em planejar, decidir e mandar, e os trabalhadores numa espécie de execução alienada e acrítica do trabalho. Nesse formato de gestão, o saber do operário não é bem vindo e a autonomia ganha ares de insurgência. Não somente os trabalhadores encontram-se alienados do processo de planejamento, como os atores da gestão estão separados do processo de execução e das peculiaridades do fazer. (Campos, 2000).

Poderíamos afirmar que a instituição operava na lógica da “clínica degradada”, conforme descrita por Campos (2001): aquela que está focada na eficiência, na produção numérica de consultas e procedimentos e numa garantia da cidadania através do acesso universal a essas consultas, mas com pouco questionamento sobre o cuidado que esses cidadãos estão acessando e seus efeitos. (Campos, 2001).

Ainda mais contraditório pensar a atenção psicossocial operar nessa lógica burocratizada de planejamento, visto que o que leva uma pessoa a necessitar ou demandar cuidado é da ordem do afeto, do psíquico, do social, daquilo que, em alguma medida, escapa à racionalização. (Campos, 2000). Como abrir espaço para os campos do afeto e do desejo no serviço se os próprios profissionais estão se havendo contra o empuxo de dessubjetivação que parte da organização de gestão taylorista do trabalho em saúde?

Nesse sentido compactuamos com o alerta de Campos sobre as formações defensivas da equipe, que, com o contato intenso com a dor do outro, correm o risco de se identificarem com o lugar de exclusão e pobreza dos usuários acompanhados, estabelecendo um laço de cumplicidade com as mazelas vivenciadas em seu fazer (2013, p. 35), podendo ainda ter como desdobramento atitudes agressivas e de represália contra o usuário (p.25).

Na comparação com o manicômio, certamente o serviço descrito avança muito, no respeito à cidadania e aos direitos humanos dos

usuários, provendo condições para que acessem um tratamento sem para isso estarem privados de sua liberdade, aprisionados e esquecidos em uma instituição total. O direito ao tratamento em serviço aberto não é por si só garantia aos direitos fundamentais de cidadania e autonomia, especialmente quando encontramos importante carência nas possibilidades de mediação simbólica entre o sujeito e o mundo, que a clínica pode ter como efeito.

Sua experiência foi lhe mostrando que as flores que embelezavam a cidade poderiam ser uma tentativa de desviar o olhar dos restos, dejetos e feiuras, que também compõem o solo em que elas cresciam. Costumavam brincar dizendo que “por baixo das flores, havia muita coisa enterrada”.

Foi gradativamente percebendo a importância dos efeitos que o jeito de governar exercia sobre o funcionamento do serviço e em especial sobre as possibilidades de desenvolver a clínica voltada para os usuários a quem aquela casa se destinava. Foi percebendo que aquela política do SUS e da saúde mental, que aprendeu a amar e defender, não encontrava correspondência na gestão política da instituição que iria regular as práticas de assistência ofertadas. Passou a acreditar que não havia modo de a clínica estar colocada num serviço em que a gestão não reconhecia o seu valor.

Após as eleições municipais, foi convidada a falar sobre como estava percebendo a instituição, e encontrou brecha para contar sobre nuvens deslocadas e atores sem papel. Aceitou o desafio de ocupar o lugar de gestão na aposta de que seria a grande virada de abertura para as práticas clínicas e políticas em que acreditava. Escuta Guimarães Rosa lhe sussurrando: “(...) como às vezes devia ser bom ter grande poder de mandar em todos, fazer a massa do mundo rodar e cumprir os desejos bons da gente.” (2006, p.179).

Naquele momento se encantou com as flores, tinha pouca noção acerca da força de memórias enterradas a produzir uma marca

subjetiva que não permite operar a partir de outra lógica. Como fazer gestão em um espaço que enterra o que não se quer ver, o que produz uma decomposição e um gás que amortece o real?

A CASA VERDE

“O importante não é a casa onde moramos. Mas onde, em nós, a casa mora.”
Mia Couto.

A casa era verde, como aquela em que o famoso Dr. Bacamarte confinava as pessoas em nome da ciência. Uma casa de madeira, aconchegante, daquelas construções antigas que, mesmo após reformas e pinturas, guardam ruínas da alma do tempo. Na frente da casa, um pátio aberto para a calçada da rua. O jardim tem uma araucária muito antiga e árvores de camélias brancas e vermelhas. Sua mãe lhe dizia que precisava cerca de cinquenta anos para uma camélia virar árvore daquele tamanho. Ela nunca duvidou dessa informação e achava poético que aquelas flores tivessem testemunhado tantas vidas circularem por aquele jardim.

A recepção da casa que abriga o CAPS tem sofá de madeira, com almofadas coloridas, um aparador sobre o qual estão peças de tricô, crochê, costura e artesanatos que algumas usuárias-artesãs produziam; e uma lareira antiga, que aquecia a sala nos dias frios. Um estreito corredor, com muitos painéis de fotos, leva às salas de atendimento individual e sala de reunião.

Essa era a parte da frente do CAPS, mais frequentada por aqueles que apenas fazem visitas rápidas a casa, daquelas *visitas de médico*, momentos pontuais que podem guardar bons encontros.

Mas era na parte de trás, escondida, que a convivência ganhava mais intensidade. A cozinha, coração da casa, diariamente evoluía-se em aromas e memórias, atraía a todos a se encontrarem para um chimarrão ou um bolo recém-saído do forno. A cozinha tinha uma porta dos fundos que dava para uma horta repleta, e árvores de limão e laranja, também ponto de encontro nas manhãs de sol de inverno.

Tinha ainda um salão de atividades, lugar de cantar, dançar, pintar e bordar (!). Aqueles que vinham para ficar mais tempo na casa ocupavam bastante o salão, com atividades diversas propostas

pelos trabalhadores, as quais eram pensadas de acordo com o que os visitantes gostariam de fazer.

Essa é a casa que nela habita(va).

Acreditava no CAPS como casa, refúgio temporário para aqueles que não encontraram outra forma de viver em sociedade. Tinha que sua missão como gestora era também fazer com que a instituição se transmutasse em casa, aberta e acolhedora para quem quisesse, pudesse ou precisasse nela estar. Com o tempo foi percebendo que corria o risco de criar um serviço aberto para fora, mas fechado em si mesmo. E que, ainda que ganhasse aromas de casa, continuava sendo uma instituição, pública, com sua dinâmica específica.

Talvez naquele momento ela ainda não soubesse, mas seu desejo era aproximar a arte da vida das pessoas com que convivia e atendia. Escutou que Foucault dizia de um fazer da própria vida uma obra de arte. E essa frase ficou ecoando e buscando sentido. Muitas vezes as pessoas encontravam um traço artístico ao longo da terapia. Será que uma clínica que compreenda os efeitos do encontro com a expressão artística pode ajudar a fazer da vida de cada um uma obra de arte?

Sempre entendeu que premissas como o afeto e a autonomia deveriam estar atravessando a todos. Os usuários pareciam ter mais liberdade no afeto, ensinando e ajudando todos a estarem mais a vontade com suas carências. A autonomia precisa estar no horizonte de objetivos e expressão dos profissionais, caso contrário não será alcançada e corre-se o risco de que os impulsos de autonomia que os usuários tenham (apesar do profissional) sejam sentidos pela instituição como ataque ou abandono do serviço.

Ao assumir a gestão optou por não suspender totalmente as atividades que vinha fazendo e manteve alguns atendimentos individuais, uma oficina terapêutica, acolhimentos e atendimentos na unidade de saúde. Era uma estratégia para não se distanciar da

clínica, e ir sentindo como as reformulações do serviço iriam incidir nas suas práticas clínicas.

De fato manteve a aproximação com a clínica, mas poderíamos pensar também que dizia de uma dificuldade de visualizar no fazer da gestão o que poderia ser tomado como objeto clínico. Com o tempo foi entendendo que ocupar esse lugar poderia se desdobrar em práticas para oportunizar o nascimento da palavra através do seu corpo. Seja na escuta de um usuário, familiar, trabalhador, reuniões, estagiárias em supervisão. A função parece ser sempre a mesma, mas por caminhos diversos.

Encontrou naquela casa a possibilidade de experimentar-se em coisas que nem sabia que gostava, usou aquela instituição para descobrir-se. Tocou violão, cantou, pintou, bordou, jogou futebol, dançou, tricou, crocheteou, escreveu, filmou e fotografou, plantou, regou e colheu. Aproveitava o que a casa oferecia, o que, hoje percebe, pode ter sido interpretado como narcisismo, mas era uma atitude que tinha desdobramentos clínicos em estar junto das atividades como participante, aprendendo junto. Buscava também produzir, em ato, uma espécie de outorga que validasse as iniciativas de usuários e profissionais a se reconhecerem através do que a casa oferecia.

Estar na gestão se configurava então como uma forma de fazer passagens para questões acerca do próprio desejo e de como ele está sendo colocado no serviço. Acabou se colocando em constante busca por formas de sustentar desejos: desejo do analista, desejo da equipe, desejo de desejo! Talvez fosse muito desejo a ser sustentado por apenas um corpo.

Merhy nos lembra ainda que “só produz novos sentidos para o viver quem tem vida para ofertar” (2004, p. 09), destacando a importância de que o espaço da equipe seja alegre e potente para

conseguir lidar com casos graves e perceber na crise uma oportunidade de emergência do sujeito.

Garantir uma relação horizontal parece passar pela possibilidade de que todos, usuários e profissionais, consigam transitar pela própria singularidade, tecendo um liame entre arte, ética e implicação com o coletivo, que sustente a busca por existências mais autônomas e livres. Essa parece ter sido a direção apontada pela política nacional de saúde mental que, primando pela liberdade e diversidade, não definiu métodos e técnicas a priori a serem utilizadas nos serviços. Talvez essa liberdade, associada a uma fragilidade e um viés privatista das formações profissionais em saúde pode ter se desdobrado em serviços muito distantes do que a política preconizava. A partir das narrativas trazidas até então, falar sobre desejo e implicação dos profissionais pode parecer contraditório visto que os trabalhadores parecem convocados a responder a partir de uma técnica, método, performance, saber “pronto” que carregariam consigo. A especificidade dos trabalhadores estaria autorizada então, mais como metodologias dos diversos núcleos de saberes, do que de uma expressão do sujeito naquilo que lhe seja seu traço mais singular.

Como fazer dessa casa também um pouco a casa de cada um, local onde sintam-se acolhidos e à vontade para expressarem suas potências? E como não fazer dessa casa a sua única casa, quando o trabalho exige que algo de um amor esteja ali colocado? Constrói-se uma estrutura de casa, física e subjetiva, mas que abriga práticas de atendimento clínico. É grande a chance de nos perdermos nos polos dessa definição do serviço. Desenvolvendo uma postura fria e rígida, isolada em atendimentos clínicos tradicionais, de um lado, ou, de outro, fazendo da casa a morada de boa parte de seus investimentos.

Importante encontrar o ponto de equilíbrio entre essas duas exigências do trabalho. Talvez a clínica possa nos ajudar a pensar

esse posicionar-se. Figueiredo aponta os “desafios para o analista que busca e acredita no paradoxo de expressar-se da forma mais autêntica possível, numa composição equilibrada e afetiva entre ‘presença implicada’ e ‘presença reservada’” (2008, p. 12). Ele retoma também a ideia da neutralidade do analista, argumentando que o termo teve uma conceituação simplificada. Defende a neutralidade como “uma forma da reserva” que terá a importante missão de operar “a suspensão do vértice moral em proveito de uma ética: a ética do acolhimento sereno, do que está por vir e pode nos surpreender.” (p.46).

O desafio então seria encontrar o equilíbrio, ou suportar o desequilíbrio, entre implicação e reserva, como um movimento necessário de sustentação de uma técnica.

Podemos derivar essa delicadeza do posicionar-se do analista também para o lugar da gestora da casa? Muitas vezes viria a sentir-se como em uma vitrine, em que cada gesto ou palavra sua ganhava amplitude. A identificação é conhecida pela psicanálise como a manifestação mais precoce de uma ligação emocional em outro ser. Ocupar o lugar numa equipe que diga de uma exceção de chefia/coordenação gera diversas formas de identificação, projeções e sintomas.

Talvez tivesse o tempo de permitir-se objeto de identificação na aposta de produção de um sintoma institucional para então derivar desse lugar de receptáculo de projeções e produzir uma identificação a um traço da instituição que possa ser compartilhado entre os profissionais.

PRIMAVERA DA CLÍNICA NO SOLO DA POLÍTICA

Num desses dias, em que a hora de fechar a casa não coincide com a hora de ir embora dos usuários, ficou acompanhando Luzia na espera pelos seus familiares, com a proposta de ficarem sentadas no muro em frente ao CAPS. Ela insistiu em atravessar a rua para pedir doces no bar da esquina. A trabalhadora-gestora, que leva a sério o princípio da integralidade, faz um enfático alerta sobre os riscos do excesso de açúcar para ela que tem diabetes e sofre com várias intercorrências clínicas em função disso. Luzia segue caminhando, como quem não está escutando, e ao final da fala da trabalhadora, questiona: “Tu sabe como é ter teus filhos tirados de ti?”.

Não tinha como saber, mas sentia a infimidade dos possíveis danos causados por alguns doces em face de uma história marcada por tamanha privação. Sentia que ceder espaço a essa escuta também se configurava como um precioso movimento de integralidade. Era como se Luzia sinalizasse que seu corpo já havia suportado tanta amargura que, dos sofrimentos crônicos, esse era o menor. Teve quatro filhos, perdendo contato com todos eles ao longo da vida. Por decisão de seus familiares e dos profissionais do CAPS que a acompanhavam na época, seu filho mais novo, que teria agora em torno de nove anos, foi entregue à adoção logo que nasceu, enquanto ela foi internada no hospital psiquiátrico da cidade vizinha.

O manicômio encontrou rápida substituição por outra instituição de longa permanência, onde permanecera esse tempo de vida do seu filho até o momento, vivendo - ou morrendo - em local conhecido como “casa de repouso” ou “lar de idosos”, ainda que tivesse pouco mais de quarenta anos quando foi para lá. Medicada em excesso, até quase não poder andar, foi amarrada na cama, e ainda assim conseguiu cometer um ato de bravura que garantiu a sua liberdade, através da expulsão da instituição após ter agredido o dono da casa com uma cadeira. Manicômios com nome de casa. Mortificação com nome de repouso. Prisão com nome de lar. Excluídos com nome de idosos.

Chegou ao CAPS com o estereótipo de quem permanece longo período institucionalizado, pois, embora não estivesse em um manicômio, as técnicas de controle e hipermedicalização foram as mesmas. Caminhava com a marcha característica de impregnação pelo uso excessivo de antipsicótico. Chamava a todos de “tias” e “tios”, para os quais pedia presentes com insistência. Bijuterias, cosméticos, maquiagens e perfumes estavam entre os principais objetos demandados. Queixava-se de dor e tinha uma escara nas costas, lesão que geralmente desenvolve o corpo que fica muito tempo na mesma posição, sujeitos acamados por longos períodos. Mesmo podendo caminhar, estava ferida pela imobilidade imposta a ela. Carregava em seu corpo desordens clínicas que precisavam ser tratadas em concomitância com suas possibilidades de conviver com as pessoas em liberdade.

Já estávamos a alguns anos regidos pela política de saúde mental que institui os CAPS como lógica substitutiva à lógica do manicômio, mesmo assim se produziu, a partir de decisões capitaneadas por trabalhadores do CAPS, uma história com tamanha brutalidade. Era o tipo de práticas, dentre outras, que não poderíamos correr o risco de repetir, sob nenhuma justificativa. A permanência de Luzia no CAPS era um desafio, a prova de fogo do processo de transformação “do CAPS em um CAPS”, como tantas vezes foi comentado em reuniões e seminários. Além da lógica ambulatorial, era um serviço em que as atividades funcionavam de forma rígida e normatizada com usuários extremamente pacíficos e disciplinados a esperarem as decisões emanarem dos profissionais.

Luzia não era assim. Ela foi privada da liberdade num nível mais profundo e, para sobreviver, para conseguir escapar, precisou acessar camadas cada vez mais selvagens do ser. Sabia valorizar a liberdade que agora tinha, de andar por onde suas pernas encontravam caminho, comer o que encontrasse na geladeira à hora que sentisse fome ou vontade, abraçar, beijar e chorar no colo de quem

aparecesse. Não conseguia participar das atividades, levantando-se constantemente e saindo para a rua, demandando sempre que um profissional a acompanhasse na jornada. Para usuários e trabalhadores, era difícil conviver com aquele ser em devir desgovernado, apontando para todos os lados.

A complexidade caótica que se tecia entre suas demandas incessantes, necessidades de saúde, garantia de direitos e caminhos de seu desejo tornava a clínica com Luzia um desafio.

“Como criar uma clínica que corresponda especificamente ao sofrimento de quem a procura, e que seja, ao mesmo tempo, capaz de buscar linhas de intensificação da vida, as únicas que, em última instância, agitando potências até mesmo inesperadas e impensáveis, poderão delinear trajetos eticamente mais dignos pelo vasto campo de dilacerações?” (Aragon, 2007, p.12).

Para dar lugar a movimentos de autonomia, também parece ser imprescindível a possibilidade de conhecer a história do sujeito e ir construindo uma narrativa pessoal e compartilhada sobre seus eventos de vida. Isso pode acontecer através dos mais variados dispositivos clínicos, que nos CAPS podem se efetivar de infinitas formas. Acolher o que vem do sujeito como ato de elaboração e construção de si, e não como “afronta ao sistema”. Traço da clínica que a coloca sempre em uma posição contra-hegemônica.

Eis que, em oficina de música e espaço de ambiência musical, ela reencontrou sua voz em canto, o que permitiu colocar suas potências em agitação. No início emendava uma música atrás na outra, antigas canções sertanejas conhecidas por todos, que cantavam junto, mas se incomodavam com seu *pout-pourri* prolongado. Começamos a incentivar o exercício de escolha de uma música por vez e que pudesse também escutar as músicas escolhidas e cantadas pelos colegas, tentando produzir uma cadência de manifestações em diálogo. A música funcionava como um lampejo que a fazia entrar em relação simbólica com o Outro.

Mas antes de conseguir cantar, Luzia precisou impulsionar a instituição a se reformular profundamente. Alguns elementos foram decisivos para que o serviço pudesse chegar a escutar seu canto:

a) Uma postura de sustentação da permanência de seu acompanhamento no serviço, a partir do lugar de gestora do Caps, resistindo às pressões internas de usuários e profissionais, que diziam que ali não era o seu lugar, que deveria ficar em casa ou em instituição de longa permanência;

b) Escuta acolhedora das queixas de todos, em espaços de reunião, seminários, oficinas, ou individualmente, até que chegasse o tempo de Luzia ir constituindo um jeito de conviver e estar no serviço que lhe permitisse encontrar um lugar seu;

c) Transformações radicais nas práticas de todos os profissionais, pois cada um precisou encontrar um jeito de lidar com Luzia, de entrar em relação com um usuário que está fora da sala de atendimentos ou do salão de atividades. Em especial as profissionais da enfermagem foram demandadas a ocupar um importante lugar de cuidado em saúde integral e se desvencilhar um pouco do papel administrativo e burocrático que vinham desempenhando até então. A disponibilidade da enfermeira em dedicar a especificidade de seu olhar para a integralidade da saúde do corpo de Luzia foi o que lhe permitiu descobrir a escara durante a aplicação da medicação injetável, medicação que foi gradativamente reduzida até que ela caminhasse naturalmente. A partir dessa descoberta, uma série de articulações com a rede de atenção básica para que revezassem em escala de curativos ao longo da semana e apoiassem no acompanhamento da diabetes;

d) Estudo compartilhado de seu prontuário, que proporcionou conhecermos boa parte da história de Luzia relatada na recheada pasta que era o seu prontuário.

Podemos identificar, nas necessárias travessias em que o serviço se arriscou para acolher Luzia, que a afirmação da importância de gestores orientados pela clínica não tem relação somente com a forma como entrarão em relação com os usuários. Ainda que a clínica dos usuários deva ser tomada em relevo principal, isso não será possível sem que o sintoma da instituição seja também escutado e tomado em perspectiva clínica.

Onocko Campos (2013) entende que a gestão precisa “assumir a subjetividade da equipe” (p.38), estabelecendo espaços e possibilidades de “dar passagem às dificuldades dos trabalhadores” (p.89). O espaço de escuta das dificuldades de cada um na relação com ela abriu caminhos de escuta compartilhada sobre o que essas afetações estavam dizendo da instituição, de seus entraves e resistências, mas também foi o que permitiu constituir suas potências.

Quem se mobilizou em função do passado de Luzia e propôs que o caso fosse estudado em seminário foi a técnica de enfermagem, apoiada por uma estagiária de psicologia. Não temos como saber exatamente o que impulsionou a busca que a trabalhadora estava empreendendo naquelas folhas, mas também para isso foi necessária uma abertura de tempo em seu fazer, de forma que pudesse estudar e organizar as informações do prontuário para apresentação. A curiosidade da trabalhadora foi prontamente acolhida pela gestão, o que outorga práticas que, ainda que não façam tradicionalmente parte daquele núcleo profissional, são fundamentais para que o serviço constitua a sua centralidade de ações nos sujeitos acompanhados.

A pasta que continha o prontuário de Luzia andava quase a desmanchar-se com seu excessivo conteúdo. Nela encontramos documentos preciosos e estranhamente deslocados, como o registro hospitalar do nascimento de seu filho mais novo, em que o pezinho do bebê estampa como que uma assinatura da vida que cresceu no corpo de

Luzia e que o serviço obrou em fazer seguir seus passos longe da mãe. Essa materialidade do passado de Luzia, arquivada em prontuário do CAPS, ajudou a que, naquele momento, os profissionais pudessem encontrar a humanidade que até então não enxergavam nela.

Embora o caso de Luzia pudesse ser tomado em discussão e análise da riqueza clínica de sua história, interessa-nos aqui pensar os pontos que evidenciam a gestão abrindo espaço para a clínica, na medida em que está também tomada por preceitos clínicos como diretrizes de suas práticas.

Movimentações políticas que vislumbram a autonomia como uma direção de trabalho, definida também pelo modo como o serviço é gerido. Além das questões suscitadas pelo caso de Luzia, encontramos muitos outros exemplos que produziram a gradativa abertura do serviço para os atravessamentos clínicos inerentes ao fazer que ali se desenvolve. Embora pareçam simples e mesmo óbvias, são intervenções que demandam autonomia, fortalecimento de espaços coletivos, e o suportar um tempo nem sempre lógico.

Quando o solo da político está fortalecido pelos coletivos, a primavera faz florescer efeitos clínicos das ações em saúde:

- Delimitação de espaço semanal para seminário teórico, em que os profissionais construíram juntos um cronograma de interesses de estudo e que a cada semana um deles era responsável pela coordenação do seminário. Iniciaram pela compreensão e problematização do manual de CAPS e outras publicações sobre o tema.

- Ampliação dos espaços de oficina terapêutica até que todos os turnos contassem com alguma atividade para que os usuários tivessem opções de escolha. Estímulo para que o maior número possível de profissionais estivesse envolvido em alguma oficina, para romper com a divisão entre o CAPS dos atendimentos individuais e o CAPS das oficinas terapêuticas;

- Estudo e estruturação do conceito de ambiência, em que um profissional acompanhava os usuários durante o tempo em que estivessem na casa, que seria em qualquer horário de escolha dos usuários, não apenas nas atividades estruturadas. A partir da ambiência e do interesse dos participantes, poderiam derivar atividades mais estruturadas, como acabou acontecendo com a ambiência musical. Foi também uma forma do serviço estar organizado para acolher situações de crise, que até então não se tinha notícia de onde estavam sendo acompanhadas.

- Os almoços passaram a ser disponibilizados diariamente para os usuários que quisessem participar de atividades durante os dois turnos, ou para aqueles que simplesmente precisavam de um lugar para almoçar. Cada um montava o seu prato, com as suas preferências, não eram mais servidos, apenas se assim desejassem. Também para os almoços os profissionais se organizaram numa escala diária para almoçarem e permanecerem juntos com os usuários nesse período.

- A lista de espera de psicoterapia individual, com mais de trinta nomes, foi eliminada após todos serem chamados para acolhimento em grupo em que poucos permaneciam com demanda de atenção. Para evitar a formação de nova lista de espera e para transformar o caráter de ambulatório de atendimentos individuais, adotou-se o que foi chamado de “acolhimento estendido”, que nada mais era do que a realização de até quatro escutas individuais, com periodicidade a ser definida de acordo com a intensidade do sofrimento escutado, antes de decidir o encaminhamento para cada caso, sendo que a grande maioria das pessoas que buscavam o serviço parecia ter sua demanda elaborada a partir do próprio acolhimento estendido.

- Organização de escala de turnos de acolhimento entre os profissionais. Algumas categorias profissionais que resistiram a aceitar essa atividade por se pensarem despreparados para a tarefa,

após seminários, discussões, e o “fazer junto” com outros profissionais, passaram também a assumir essa responsabilidade.

- A reunião de equipe foi gradativamente tendo seu tempo de duração estendido, até chegar em um turno inteiro. A pauta da reunião era construída coletivamente ao longo da semana, com prioridade para a discussão de situações de crise ou eventos que mobilizassem os profissionais, além da discussão de todos os acolhimentos realizados na semana, usuários em atendimento, atividades coletivas e processos de trabalho.

- Criação da primeira Semana de Luta antimanicomial, que introduziu esse significante tão difícil de dizer quanto de viver. Com a frase lema “De perto ninguém é normal” pensou-se em programação coletivamente que privilegiasse momentos escolhidos pelos usuários, compondo com ações de conscientização e sustentação de propostas opostas ao manicômio pela cidade. Confecção de cartazes, pintura do muro do CAPS, luau e acampamento no CAPS, caminhada pela cidade passando pelo hospital e demais pontos da rede de saúde (em cada lugar usuários tocavam e todos cantavam), fala na rádio da cidade, bailouco, foram algumas das atividades que compunham a programação da semana.

- Reunião semanal entre os coordenadores e secretária de saúde, em que foi possível a construção de ações compartilhadas, aproximação entre os pontos da rede e promoção de uma coesão de objetivos com a gestão municipal. Era também um tempo em que os coordenadores podiam trocar experiências sobre os desdobramentos de ocupar um lugar de gestão.

- Composição da Comissão Intersetorial de Redução de Danos, que tinha como função apoiar as equipes de saúde da família nos casos mais complexos, com a presença de sofrimento psíquico decorrente do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas. Se, por um lado, não foi possível executar tudo que estava previsto, planejado

e sonhado, por outro teve uma excelente função de manter presente pressupostos éticos importantes, com uma espécie de guia para pensar todos os casos. Foi um trabalho de tentar constituir pontes com outras instituições e setores, de andar nos territórios a partir de outra posição, de pensar as situações a partir de vários ângulos;

- Articulação com as unidades de saúde e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família): para que o serviço pudesse sair da lógica de ambulatório e focar-se nos casos mais graves, a rede de atenção básica precisou também se ocupar da reorganização da rede de saúde mental. Concomitante às mudanças no CAPS, a equipe de NASF também estava num processo intenso de reformulação para sair “do papel” e estruturar-se como uma equipe de apoio de fato, com múltiplas ações e atividades em saúde, o que colaborou para a construção compartilhada de uma distribuição mais coerente da demanda em saúde mental.

- Implantação dos leitos de saúde mental no hospital geral da cidade, o que configurou-se como uma importante retaguarda para o serviço conseguir se ocupar com as crises em saúde mental. Havia sido pactuado e assinado pela antiga gestão, mas somente pode ser implementado mediante uma série de reuniões, que desdobraram difíceis embates e resistências. A postura de sustentar o enfrentamento dessas resistências através da abertura ao diálogo e de apoio técnico ao hospital, foi fundamental para a efetivação desse importante dispositivo de atenção para o município.

- Assembleia de usuários e familiares: espaço de controle social organizado dentro do serviço. Apesar de enfrentar muitas resistências, foi um dos espaços que fez com que os usuários pudessem experimentar-se no lugar de decisão compartilhada, ensaiando uma saída da posição passiva e dependente em que se encontravam.

Todos esses pontos descritos exigiram firmeza de posição por parte da gestão, mas flexibilidade para os caminhos que tomariam para sua aplicação. Para que a gestão consiga sustentar espaços de elaboração, individual ou coletiva, como reuniões de equipe, assembleias de usuários, familiares e profissionais, supervisão, seminários e outros, é necessário um entendimento sobre os objetivos desses espaços, o que será um tema constantemente reiterado entre todos. As reuniões de equipe são momentos protegidos na agenda dos profissionais, mas o que se dá nesse tempo não está sob o controle de ninguém. Proteger o horário não garante que a reunião cumprirá com sua missão.

Necessário ainda superar uma herança da gestão empresarial que orienta os serviços de saúde mental para a busca por resultados positivos, digamos assim, ou para a anulação de eventos negativos. Não ter controle sobre os efeitos de uma intervenção pressupõe aceitar e acolher os destinos que cada sujeito irá construir para/com o seu sintoma, ainda que passem por fracassos e revezes. Essa compreensão, como todas, é mais fácil na teoria do que na prática, local onde os afetos se atravessam.

Maria Livia Moretto, em fala no seminário Psicanálise nos Espaços Públicos, diz que, “frente aos limites do discurso da saúde diante de determinados tipos de sofrimento, a psicanálise tem alguma coisa a oferecer, não no sentido de preencher a lacuna, mas no sentido de valorizar a diferença”. A possibilidade de valorização das diferenças, também entre os trabalhadores, é o que pode fazer com que os espaços de reunião sejam momentos de reconhecimento mútuo, no sentido do desenvolvimento de criatividade clínica e de estabelecimento da equipe como um lugar de escuta das manifestações institucionais.

Outro ponto que o caso de Luzia faz emergir, e que se apresenta em todo o processo de organização do serviço, é um tensionamento

entre clínica e cuidado, ou que poderia ser nomeado como a garantia de direitos e prerrogativas da cidadania que entram em colisão com a singularidade do sujeito que a instituição se propõe a escutar.

Como o verão que pode chegar para queimar as flores que a primavera fez desabrochar, a intenção de cuidado fundada no saber como verdade, situado do lado dos profissionais, leva a práticas de tutela e controle que não encontram correspondência na política antimanicomial.

BENEDITO E A JUÍZA DE CORPOS: OS PODERES NA INSTITUIÇÃO

“Acho que a senhora está agindo como uma juíza de corpos”, é o que Benedito pensa em dizer à psiquiatra quando ela, na sua consulta, manda-o ficar quieto. No outro dia ele entra espontaneamente na sala de reuniões, onde a gestora trabalha ao computador, senta ao seu lado e conta o que aconteceu na consulta. Benedito costumava vir mostrar suas invenções ou contar algum projeto para melhorar a situação de saúde do município. Naquele dia ele estava com o olhar mais focado no chão, caminhando rápido. Não parecia fácil para ele falar, depois de ter sofrido uma tentativa de silenciamento pelo poder psiquiátrico, encarnado aí num sujeito para o qual o seu dizer não tem valor. Com a serenidade de quem refletiu sobre o assunto, e buscou situar-se na problemática, ele conclui: “Mas não tira ela daqui, é o jeito dela!”.

Um mesmo espaço abrigando posições éticas tão distintas, que sustentam perspectivas clínicas tão distantes: uma que aposta na potência da palavra e outra que a faz calar. Escutar Benedito em sua elaboração sobre a vivência do dia anterior permitiu-lhe chegar ao significativo *juíza de corpos*, que tantas vezes ganha corpo em várias performances profissionais. Quando pede que não a tire do CAPS, ele supõe que ela teria esse poder, mas também acredita no valor de sua opinião e em uma atitude ética de respeito a sua percepção. Acredita também naquilo que seria função da equipe acreditar, no valor da diferença e no espaço da multiplicidade. Clinicamente, a palavra produz vida, (re)afirmando o sujeito e a sua possibilidade de existência.

Ao narrar essa história dou nome próprio para apenas uma personagem, a outra está definida pela categoria profissional a que pertence. Se o cuidado ofertado no CAPS fosse de caráter verdadeiramente horizontal, narrar uma história que ocorresse ali passaria necessariamente pelo reconhecimento do sujeito de cada um, independentemente da posição que ocupa no serviço.

Entendemos que o trabalho na saúde mental envolve uma “grande carga de sofrimento psíquico nos profissionais, que muitas vezes expressam atitudes que oscilam entre perigosa onipotência e devastadora impotência” (Sampaio et al., 2011; Miranda & Onocko Campos, 2010). Algumas categorias profissionais parecem ser demandadas com mais vigor a responder a partir desse lugar solitário de prover respostas e soluções para os usuários. Aos médicos, ainda está outorgado um poder mais pronunciado dentro dos serviços, estando esse poder amalgamado a um suposto saber sobre o sujeito, que esses profissionais são demandados a ter. Necessário reconhecer que a médica encontra-se resignada a uma repleta agenda de atendimentos individuais e outras atividades de rotina, como receitas, laudos e atestados, o que acabava dificultando que desenvolvesse outras habilidades na atenção aos usuários.

Lebrun (2009) nos fala sobre as dificuldades dos “praticantes da escuta” conseguirem sustentar o tempo, espaço e principalmente o desejo de escuta em instituições que exigem uma série de procedimentos e burocracias que contrariam a lógica da escuta. (p.22). O vínculo profissional que sustenta cada trabalhador dessa instituição passa pela lógica do capital e da produção e espera-se que consigam praticar uma escuta singularizada e afinada com a ética do desejo. Seria isso possível? Ou de tanta aridez, acabamos por nos abrigar num terreno meramente protocolar?

Mesmo com o assujeitamento que é projetado nele por parte da médica, Benedito consegue falar dela como uma igual, e ao mesmo tempo reconhece o que há de singular no (su)jeito da médica. Foi possível a construção de alguma elaboração sobre o que viveu, produzindo uma quebra na naturalização do poder médico. Para isso precisou de alguém que o escutasse e encontrou na trabalhadora-gestora a possibilidade para isso. Teria ele aí suposto um saber-poder?

Reconhecimento da posição da médica e precisa nomeação feita por Benedito, corpo que, pela loucura que abriga, tantas vezes foi tomado por juízes e juízas da expressão do poder historicamente deliberado ao saber médico, que manteve estreita relação com o poder desde os seus primórdios.

Foucault (1979) nos mostra no texto *O Nascimento da medicina social*, como as nações europeias passaram, no final do século XVI e início do século XVII, mostra que a medicina esteve muito próxima da dimensão política. A Alemanha cria uma política médica de estado, que se colocará em funcionamento através de uma expressiva ampliação do controle de natalidade e mortalidade, solicitando informações de hospitais e médicos de diferentes cidades, para acompanhar os fenômenos endêmicos em seu território. O enfoque aqui é na outra estratégia de controle da saúde pelo estado, que consistiu no que o autor nomeou como “um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos” (p.83). Através do controle sobre os programas de ensino e diplomação dos profissionais, o Estado operou uma normalização da medicina e dos médicos, antes ainda de normalizar a doença e o doente. Além disso, a medicina estava subjugada a uma organização de especialistas que controlava as atividades dos médicos e acumulava informações transmitidas por eles, a serem usadas em tomadas de decisões e emissão de ordens. E, finalmente, a nomeação de médicos como funcionários públicos a quem é delegada a responsabilidade pela saúde de uma região e sua população, formando uma hierarquia de médicos que assumem função de administradores da saúde. A partir do exemplo do estado alemão, podemos responder à questão de abertura dessa seção, afirmando que a medicina passou antes por sua própria submissão ao poder e controle do estado, para então ter seu poder outorgado e, finalmente, produzir saber e normalização dos doentes.

Em *O Poder Psiquiátrico* (2006), Foucault percorre as origens do poder da medicina, dessa vez demonstrando a posição fundamental

ocupada pela psiquiatria no desenvolvimento e disseminação da disciplina como organizador do sistema de poder que surgiu em substituição progressiva ao modelo da soberania. O poder do rei soberano vai ser progressivamente deposto, dando espaço ao poder disciplinar, definido por ele como “um poder discreto, repartido; um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio ele se exerce” (p. 28). Trata-se de uma estratégia de exercer poder sobre os corpos que, a partir da modernidade, isto é, a partir das revoluções democráticas do final do século XVIII, está de alguma forma presente em todas as instituições humanas, família, escola, fábrica, exército, mas que teve no hospital e nas grandes internações o ambiente favorável para a medicina capturar a loucura como propriedade de seu domínio de saber.

Yasui (2010) conta que, após a loucura ser tomada como objeto médico, ela foi normatizada através do confinamento e controle dos corpos ditos loucos. “A doença mental tornou-se uma forma de erro ou de ilusão que se confrontava com certa normalidade de condutas”, ficando então o médico “encarregado de efetuar mais um controle moral do que uma intervenção terapêutica” (p.86). Foucault situa, no seminário O Poder Psiquiátrico, esse momento de emergência das instituições de poder disciplinar, o manicômio abrigando a loucura tornada doença, mas aqui não como um erro da razão, mas como um excesso de vontade. Uma doença da paixão e não da razão. Um verdadeiro juiz de corpos, corpos que abrigam as paixões, representação de um discurso que determina quem pode gozar a vida em liberdade e quem deve ser aprisionado.

No espaço de aprisionamento da loucura, ela foi, conforme Amarante e Carvalho (2000), encoberta pelo discurso médico, que permite a leitura do fenômeno da loucura somente a partir dos relevos percebidos por esta formação discursiva. Nas palavras dos autores: “A psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura

falar por si, mas a (re)constrói como objeto, significado-significante passível de enunciação, conceituação e teorização.” (p. 46). Promove a substituição da experiência da loucura por “um discurso da racionalidade que define quem está privado dela” (Yasui, 2010, p.87).

Uma das estratégias de convivência dessas duas grandes vertentes talvez se dê a partir da escuta de como a disciplina incide sobre os corpos dos sujeitos acompanhados, bem como sobre aqueles que os acompanham. Se nos dispusermos a ouvir, encontramos facilmente os resistentes efeitos que a passagem pelo manicômio deixa na vida das pessoas, bem como resistem posicionamentos e técnicas profissionais que remontam a uma atmosfera disciplinar e moral, como na recusa de escuta do sujeito, expresso pela médica. Mas a escuta dessa diversidade não deve ser confundida com complacência em relação às expressões que dizem da produção de intervenções que produzem segregação e violência subjetiva, mantendo o gestor um posicionamento de sustentação de uma política.

Olhando para a cena descrita, Benedito supõe um saber na profissional, pois quer lhe dizer alguma coisa a seu respeito. Torna-se importante aqui dizer que o pai de Benedito estava junto na consulta médica, e possivelmente só existiu esse momento de consulta por conta do familiar estar junto. Poderia ser um momento potente de trocas entre a família e o profissional, em que todos pudessem falar e dizer como se sentem, mas acabou tornando-se uma discussão sobre Benedito, com seu corpo presente, mas sem sua participação discursiva.

As relações de poder e de como elas historicamente incidiram nos diversos habitantes da casa, compondo o jogo de forças que atravessa a instituição e confronta a gestão. Em que a psicanálise pode nos apoiar na reflexão e no desempenho das práticas de gestão, frente a esses atravessamentos do poder na instituição? Desfazer

essas cristalizações das hierarquias e classificações entre profissionais e entre eles e usuários é um desafio que deveria concernir a todos que habitam o espaço da instituição, inclusive (talvez principalmente) aos próprios médicos.

Essas diferentes formas de viver o poder nos convocam a questionar as possibilidades de uma horizontalidade em sua distribuição, parecendo mais possível visualizar as diversas expressões de poder em lateralidade. Frente a impossibilidade de todos responderem a partir da mesma apropriação de poder, trata-se de respeitar o momento e as possibilidades de cada um, mas buscando sempre a reparação dessas iniquidades.

O que se coloca em causa é um jeito de compreender o trabalho na gestão que pressupõe que cada trabalhador tem um saber, que se constrói no encontro com o paciente-usuário através da mesma premissa de apostar no saber do usuário.

O papel do gestor num serviço de saúde talvez seja o de constantemente buscar formas de distribuição do poder entre todos que coabitam a instituição, renunciando às tentações narcísicas de acreditar-se soberano no lugar de poder. Estar constantemente fazendo-se valer de seu lugar de exceção para autorizar cada qual a haver-se com sua autonomia e poder de decisão.

Entendemos que a relação saber/poder, ao contrário do que parece demandado para os profissionais, irá se configurar justamente nas possibilidades de escuta que se estabelecem entre os sujeitos. Benedito, em momento de fala na Noite Cultural, convocou os presentes a não discriminarem os doentes mentais e adotarem, frente a eles “a fé de uma criança que dá os primeiros passos”, mostrando sua compreensão de que são passos que todos podem dar, desde que acreditem no caminho a ser trilhado.

Ele traduz, nas suas palavras, o que Maria Livia Moretto provoca ao dizer que “o efeito para a pessoa não vai estar no que eu digo, mas na forma que estou me posicionando frente ao que ele diz”, o que nos coloca frente a uma questão mais ética do que técnica: como cada profissional vai decidir se colocar frente à singularidade das pessoas? Como a gestão pode lidar com as diferentes possibilidades de posicionamento no serviço sem achacar a potência de nenhuma delas?

No momento em que a singularidade se revela, é que o conjunto de enunciados em um campo de saber se mostrará insuficiente e inconsistente (Pinto, 2006, p.33), demandando uma composição de escuta e cuidado a partir de uma diversidade de trabalhadores reunidos em equipes.

O trabalho de gestão de serviços de saúde mental passará também por uma tarefa de mediação entre a premissa cientificista de diagnóstico e patologização, construída pelo discurso psiquiátrico sobre a loucura, perpassando também todas as profissões da saúde, e o discurso, clínico e antimanicomial, de busca da singularidade do sujeito, que só pode se dar a partir de processos de escuta. Um saber a priori e um saber a posteriori precisam encontrar uma forma de conviverem e se complementarem nas práticas oferecidas. O desafio é manter a possibilidade de colocar em operação a balança bem dizer – bem ouvir. Pois o silêncio pode ser ainda mais danoso, quando sinaliza uma desistência ou falta de investimento. Ou, ainda, quando diz de um laço fundado no medo.

MARGINAL NÃO TEM NOME

“Marginal não tem nome.” Frase marcada a ferro e fome no corpo de Carolina³, que encontrou na escrita de diários seu jeito de suportar(-se) a favela. Rilke aconselha o aspirante a escritor a buscar na profundidade do seu ser a resposta para a pergunta: “preciso escrever?” A partir do momento em que escrever ganha força de necessidade, “sua vida tem de se tornar, até na hora mais indiferente e irrelevante, um sinal e um testemunho desse impulso” (2013, p.25). Carolina não parece ter buscado a necessidade da escrita nas profundidades de seu ser, mas na superfície da pele que apanha e do corpo com fome. Foi sua forma de não ser mais um ente daquele “quarto de despejo”.

A história aqui contada poderia ser de Carolina, caso ela não tivesse encontrado, em tempo, sua alvenaria de palavras. Poderia ser Carolina, Maria, Alice ou Joana. Mas ela só pôde ser qualquer coisa cuja existência não alcançou nome próprio.

Na ordeira cidade apareceu um ser misterioso. Percorreu longas distâncias dentro de seu território, deslocando-se rapidamente. Falava somente o necessário para conseguir algo para comer. Sabia-se que era um ser de cor negra, mas seu rosto era difícil de ver, escondido que ficava debaixo de um cobertor, seu único abrigo, nas noites gélidas e nos dias ensolarados. Veio de não-se-sabe-onde, dorme ao relento e caminha pela cidade.

Sua intermitência em tantos pontos da cidade começou a incomodar os moradores. Eles ligam insistentemente para o serviço de assistência social, pedindo para que os profissionais a retirem da cidade. Agora sabemos que se trata de um corpo de mulher: andarilha, negra e louca. Anda de chinelos, e seu cobertor parece uma capa quando olhado de longe. Seu cabelo tem carrapatos, ela está muito

³ Carolina Maria de Jesus sobreviveu à vida na favela através da escrita de um diário, que foi transformado no belo livro “Quarto de Despejo”.

suja e malcheirosa. Tecia na errância o seu itinerário, era a alteridade em si.

Eis que escolhe o centro da praça como o seu lugar. Sentou num banco-tronco, colocado no meio do canteiro de amores-perfeitos, justo onde os turistas gostam de tirar selfies floridas. As pessoas passam e ficam olhando, caminham mais devagar e parecem querer entender como ela se “atreve a estragar a nossa praça” com sua presença.

Moradores ficam parados no entorno da praça, observando e conversando, alguns fazem piadas e riem, e ninguém, além dos profissionais de saúde designados para isso, aproxima-se dela. Vários vão tentando, sucessivamente, algum contato ou conversa. Para uma ela diz, em tom de ameaça, que a profissional era mais preta do que ela; para outra ela disse que dormiria onde quisesse, que se tivesse fome arranjaria comida, que não se metesse na sua vida; para essa disse que não sabia o que era um CAPS (serviço que coordenava na época). Para nenhuma ela revelou seu nome ou onde fica o lugar que ela chama de casa. Os moradores solicitam com ênfase e insistência para que o CRAS do município “recolha e dê um sumiço na mulher”. São os últimos dias antes das eleições municipais. Algumas pessoas fotografam e divulgam nas redes sociais, atribuindo sua presença nas ruas ao descaso da administração pública. Ainda que não estejam de fato preocupados com a situação daquela mulher, utilizam sua imagem como munição de campanha política, fazendo recair sobre a administração municipal a responsabilidade por “permitir que ela permaneça sujando o principal ponto turístico da cidade”.

Ela pensa que aquela mulher é totalmente livre, mas prisioneira do real que parece ser o único endereço a que ela atende. Queria levá-la para a casa-CAPS, e isso era difícil. Menos difícil do que deixá-la na praça. Talvez a praça seja “mais pública”, pois não tem os contornos de uma instituição – é a arena de manifestações de

alteridade por excelência, mas também das reações agressivas frente aquilo que não é o igual.

Poderíamos imaginar que ela era um exemplar do muçulmano descrito por Levi (2016) e analisado por Agamben (2008), “aquele que tem o olhar vago de quem luta pela vida na apatia e no afastamento da condição de humano.” (p.49). Mas, ao contrário, ela tinha olhar forte e penetrante, postura firme e caminhar de quem sabe o que quer. O orgulho e segurança de si, mesmo estando suja, sem calçados e sem documentos, dormindo na rua fria apenas com um cobertor sobre as costas e negando qualquer tipo de oferta de ajuda. Sua feiura era também a beleza de um ser que assume sua condição humana. Das profundezas de sua miserabilidade aparente emergia um sujeito convicto de si, e essa convicção parecia assustar aqueles que, mesmo bem agasalhados e documentados, ainda viviam claudicantes.

Se na casa parecia ter uma ética mais ou menos compartilhada entre vários, a praça diluía qualquer certeza, colocando todos no mesmo plano. Corpos livres no espaço público? Nem tanto. O que deveria determinar o transitar na praça e na cidade seria somente o desejo de cada um. Era isso que ela mostrava, que era possível viver somente de acordo com o seu desejo. Que afronta!

Acabou sendo conduzida a passar a noite no hospital da cidade, a partir de uma articulação do prefeito, na perspectiva de ir para um albergue no outro dia. Na manhã do dia seguinte nossa gestora estava reunida com psicóloga, psiquiatra, plantonista e administrador do hospital e assistente social do CRAS a buscar uma alternativa para lidar com aquele “problema”. O hospital se declarava despreparado para mantê-la internada e, a partir da afirmação do psiquiatra de que ela estava em surto psicótico, acabou por definir-se que a melhor opção para aquele momento seria uma internação no hospital psiquiátrico da cidade vizinha. Nenhuma argumentação sobre a possibilidade de mantê-la no hospital geral

neste momento de crise, até que se pudesse negociar com ela um cuidado em serviço aberto, foi acolhida. Naquele momento sentiu a força da mordada que o poder médico impõe à loucura.

A reunião que teve como efeito a decisão por levar um sujeito que não conhecemos para um manicômio deve ter durando no máximo dez minutos. Com a máxima brevidade deveriam ser iniciados os trâmites logísticos e burocráticos para que ela fosse para o hospital psiquiátrico no mesmo dia, visto que o hospital da cidade já havia se posicionado contrário a sua permanência por mais uma noite. No meio da tarde, após outra reunião para decidir quem assinaria o termo de responsabilidade por sua internação, documento exigido pelo hospital psiquiátrico, recebemos a informação de que ela não poderia ser internada sem que tivesse nome e cartão SUS.

O que um ser: mulher, negra, pobre, livre e louca, que se planta no meio da praça florida, como um monumento que dá vida e movimento aos preconceitos mais arcaicos da cidade, produz de desvelamentos indissolúveis para a capacidade de elaboração e generosidade da sociedade? Alguém que não tem família, não tem casa, não tem trabalho, não tem nome, não tem lugar, está aparentemente destituída de qualquer forma de pertencimento a alguma rede simbólica que lhe dê contornos de sujeito que mereça algum cuidado. Não preencheu requisitos mínimos para ser aceita naquele que foi um dos espaços mais legítimos para o surgimento e lapidação das técnicas disciplinares, que seriam ampliadas para o que Foucault denomina, em “O Poder Psiquiátrico” como sociedade disciplinar. Ela não foi aceita na rua, na praça, no hospital... nem no manicômio seu corpo encontrou lugar.

No Seminário Psicanálise nos Espaços Públicos, um sujeito que não pude saber mais do que seu primeiro nome, Pedro, faz uma provocação interessante: “qual a potência da experiência de viver como um desterrado?”. Escutar essa potência do desterrar-se talvez

passar por uma disponibilidade das teorias que sustentam a clínica de ficarem também elas nessa posição de desterro, ou seria apenas o caso de assumir-se nesse não lugar de verdade, como um saber que vai também se descortinando na errância?

Quem toma a praça como morada, tem algo a dizer, mesmo na negação da fala. O que ela parece fazer é destituir imediatamente qualquer posição que o outro ocupe que seja para ele uma morada, que lhe dê alguma ilusão de estabilidade. Essa inominável mulher parece ocupar uma imponderável margem, longe do alcance do significante. Como sustentar a posição do psicanalista que “ao ir para rua compõe o rio junto com esse pescador sem rio”?

No encontro com sujeitos no terreno do absurdo, o que tem a psicanálise para fazer, escutar, aprender? Qual o método para escutar o horror gritando num corpo que vaga? Ali, onde não encontramos nome, como não paralisar frente à vivência do absurdo, que cada vez se nos mostra mais frequente? Podemos pensar o trabalhador de saúde mental como um andarilho, que vai descobrindo lugares, permitindo-se certa desterritorialização, percorrendo caminhos singulares?

Aquela da rua diz para aquela do CAPS: “tu nem sabe o que é um CAPS”. Naquele momento mais gestora do que trabalhadora, não pôde acolher aquela frase como uma questão, não lhe ocorreu pedir que ela lhe contasse o que era, acreditava que conhecia o CAPS, aquele dos seus sonhos tornados reais. Mas aquela mulher parecia se aproximar com mais verdade do que era um CAPS.

Sua escuta naquele momento poderia estar contaminada por uma certa política, que atuava mais a partir da premissa da higiene urbana do que buscando a mediação dos viventes na cidade, no interesse quanto às formas de ocupar o espaço público. Estar sob o mandato da política “resolutiva” fez com que os aspectos clínicos envolvidos não pudessem ser tomados com o devido cuidado.

A praça – mais um substantivo feminino que se desenrola em protagonismo no encontro entre essas mulheres. É uma praça muito limpa e bem cuidada. Sua área central é coberta de flores coloridas dispostas simetricamente em vários canteiros. Seu espaço privilegia o encontro, sendo palco de uma multiplicidade de expressões culturais, principalmente manifestações oriundas da cultura dos imigrantes da cidade.

Porém raramente foi ocupada como espaço de mobilização por alguma manifestação ou reivindicação social ou política. Por tradição lugar das multidões, onde todos podem circular e permanecer como desejarem, a praça é pública e pode ser entendida como refúgio de encontro dos sujeitos nos tempos de ameaças e desastres. As duas habitaram a praça: uma como trabalho, outra como morada. Quem gosta de ter sua morada invadida, sem ser convidado?

Jorge Broide⁴ nos alerta que “quando alguém vai para a rua não é porque rompeu um laço apenas, mas os principais laços, e todos esses laços se colocam no território, na rua”, o que faz com que a experiência de habitar a rua que essas pessoas fazem seja de outra ordem em relação aos profissionais que as atendem.

O desfecho dessa história é da mesma sujidade atribuída à sua personagem principal. Na escuridão da noite, aquela que poderia ser Carolina (Maria, Alice ou Joana) foi transportada ao município vizinho e deixada às portas de outro dispositivo de Assistência Social, sem alcançar nome próprio. Para munícipes e turistas, “problema resolvido”, as flores voltam a ser soberanas na praça.

Quanto a nós, trabalhadores de saúde, enredados entre as burocracias do sistema de saúde e assistência social brasileiros; o fechamento, rigidez e moralismo da sociedade; a falta de preparo da maioria dos gestores para lidar com os acontecimentos da vida das

^{4 4} Seminário “A psicanálise nos espaços públicos”, acessado no dia 25/03/2018. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=sAFVnEbmZ90>

peças “comuns” (que dirá para as situações extremas) e a total indisponibilidade para o desenvolvimento de uma clínica permeada pelo que Araújo (2007/2013, p. 175) nomeia como uma “*política da amizade*”, seguimos excluindo a loucura do contato direto com o *socius*, impedindo a produção de novos modos de vida, mais hospitaleiros à diferença.

Talvez esse tenha sido o grande ato de redenção: levar um profissional da administração municipal para encaminhar sua carteira de identidade, mesmo já sabendo que ela não estaria ali para usufruir dos benefícios de ter alguma identidade. Então, dar um nome para aquele sujeito parecia de alguma forma restituir a humanidade, principalmente para nós, trabalhadores, pois para ela não parecia fazer falta nenhuma.

O processo e o desenlace desse caso diz muito sobre a direção mais nefasta que uma política pode assumir, ainda que em discurso busque o contrário. Talvez o medo de perder a posição privilegiada de gestora a tenha feito, não sem antes tentar outras vias, partilhar tal decisão, que foi radicalmente contra uma ética da liberdade do sujeito. Ao mesmo tempo abarcava uma tentativa de proteção, que só agora mostra-se como um tipo de autoengano.

Frente a situações complexas como a história narrada, como manter-se na posição de sustentação da ética do cuidado em liberdade? Como não sucumbir à pressão e trair sua própria ética para repor as coisas aos seus supostos “devidos lugares”? Quais são as águas pelas quais uma gestão transpassada pela ética da clínica psicanalítica precisa navegar para desembocar seu fazer no grande rio da atenção psicossocial? Rumamos em direção a quais margens - ou seriam miragens? Que nomes inventar para essa prática marginal?

SOBRE NEVOEIRO E FLORES DESTERRADAS

Cecílio aponta para dois cuidados a serem tomados ao se planejar ações em saúde na perspectiva da gestão. O primeiro seria um cuidado com os desvios para uma matriz funcionalista, em que os trabalhadores são vistos pelas funções que exercem na instituição, tidos como “recursos humanos” e não como atores e sujeitos imbricados no processo. O segundo cuidado tem relação com o que ele nomeou como “trabalhador moral”, que “é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários.” (2007, p.345).

A trabalhadora-gestora pensava ter conseguido estar além do “trabalhador moral”. Por desenvolver um trabalho “justo e necessário”, acreditava que seu lugar na praça e na casa estivesse garantido. As flores semeadas seguiriam sendo cuidadas, afinal foi um plantio coletivo, não? Coletivamente foi que soube da decisão unilateral de lhe excluir da casa. No primeiro dia do retorno de férias foi informada, na reunião de equipe que até então era sua função coordenar, de que deveria partir. A maneira como a notícia lhe foi (des)informada talvez não tivesse como ser operada com mais descuido e desrespeito, parecia estar sendo punida.

A partir daí ela assistiu à limpeza de todos os registros de vida do que havia sido construído. Sentiu-se ferida, algo de vida havia sido interrompido violentamente, sem razão que ela pudesse naquele momento compreender. Experimentou ocupar um lugar que parecia ser o de invisibilidade e silenciamento. Tornou-se invisível dentro da casa onde tantas vezes sentia estar numa espécie de vitrine, expostos que ficam todos os gestos de quem ocupa lugar de (deposto) poder.

Causou sofrimento assistir aqueles profissionais, com quem tanto trabalho havia compartilhado, limpando as paredes de esponja e máscara. Não tanto por assistir as paredes ficando vazias de fotos felizes e cartazes de militância de vida, pois o vazio da parede poderia ser tela de outras composições.

A constatação mais difícil era dar-se conta de que os trabalhadores que tinham participado de seminários, eventos, semana de luta antimanicomial, não puderam parcializar a ordem recebida a partir de uma preocupação sobre os efeitos dessa limpeza radical para os usuários do serviço, verdadeiros autores do material que era arrancado e jogado no lixo.

Foi uma decisão rápida, como se já tivesse sido pensada de antemão – ou como se não tivesse pensamento, somente atitude às pressas, numa sanha de apagar qualquer rastro do trabalho ali realizado, num primeiro ato da gestão (de saúde?) que chegava.

O encantamento com as nuvens outrora habitadas se converteu na experiência de estar abandonada e perdida em meio de uma atmosfera que nomeou como *breu branco*: um nevoeiro feito de pontos excessivamente luminosos que cegam quem tenta ver além.

Provavelmente nenhuma qualificação técnica garantiria que ela ficasse na casa, eram forças de uma política que ultrapassa e corrompe qualquer coisa que se interponha entre seus agentes e suas porções de poder. Mas interessa buscar o ponto em que foram se constituindo para ganharem tanta força subitamente. Qual foi seu ponto cego para o movimento que vinha acontecendo?

Foi sentindo a necessidade de entender mais sobre os campos de extermínio, sobre quais foram os caminhos que direcionaram a humanidade para produzir tamanha atrocidade compartilhada. Quais são as imagens que formam o quebra-cabeça de um sistema autoritário e perverso. Disse a ela que não era o foco da pesquisa, mas insistiu

dizendo que em algum momento faria sentido. Eis que (se) identificava muitos traços que remetiam ao que estava vivendo.

CAMINHOS DE DILUIÇÃO DA ÉTICA

Encontramos nos escritos de Primo Levi narrativas sobre o campo de extermínio, que ganham força de arte pelo tanto de real que carregam. Ele fala sobre os chefes e funcionários dos campos, que estavam servindo “a um regime a cujos crimes se mostram deliberadamente cegos; dos subordinados que assinam tudo, porque uma assinatura custa pouco”; ele segue com a afirmação que justificaria os atos desses subordinados ao sistema: “Se eu não o fizer, um outro pior do que eu o fará” (2016, p.53). Mostra através de exemplos de personagens reais dos campos, que a ambiguidade habita a todos nós.

Hannah Arendt (1999), ao acompanhar o julgamento de Eichmann em Jerusalém relata o quanto ele se mostrava como um homem comum que seguia ordens, sem demonstrar características da perversão que se imagina estar presente em quem comete as atrocidades que ele cometeu. Para não assumir o lugar de “marginal sem nome” os “trabalhadores” estavam dispostos a qualquer coisa. Arendt refere que muitos preferiam a morte a serem expulsos do partido nazista.

Ao analisar a constituição do serviço público no Brasil, Neves (2005) encontra uma “carência de legitimidade do sistema institucional brasileiro” desde suas origens (p.40), com uma consequente fragilidade da autoridade e suas expressões institucionais. Aponta a década de 60, com a passagem ao regime democrático de governo, como um marco do desenvolvimento urbano e de algumas melhorias nos indicadores sociais, mas à custa de uma crescente desigualdade na distribuição de renda e de poder. Enquanto alguns setores se favoreciam de uma “relação de clientela”, outros assumiam posição de reivindicação de cidadania.

Jurandir Freire Costa (1988) situa duas formas de apresentação do que ele nomeia como “ego delinquente” do brasileiro: de um lado um ego impotente e amedrontado, que obedece cegamente às normas e regras, numa “subserviência voluntária”, contrastando com a “arrogância onipotente”, onde o “ego edemacia-se” numa tentativa de negação da dependência do outro. Apesar de aparentemente opostas, seriam duas linhas de defesas narcísicas que encontram suas origens na sobrevivência à angústia de abandono e à iminência de morte que a sociedade provoca nos sujeitos.

Percebemos que o brasileiro encontrou o seu “jeitinho” de lidar com a lei, seja pela obediência cega e acrítica, seja pela negação arrogante da regra. Perfazendo movimentos de desencontrar-se da face da lei, estando o primeiro abaixo e subjugado, e o segundo posicionando-se acima e em negação da lei. Esse espelhamento no medo da morte nos faz questionar sobre quais seriam as nossas efetivas possibilidades de dar passagem a uma repactuação das estruturas de poder. As propostas de democratização da gestão em saúde pressupõem sujeitos que consigam entrar em contato com o poder, exercitando a autonomia e a tomada de responsabilidade por decisões, partindo de uma compreensão crítica da política.

Cecílio vem novamente alertar que, “por mais que se deseje, como parte de um projeto ético-político, superar formas verticais de controle, consideradas autoritárias por outras de cunho mais normativo e horizontalizado”, experimentamos “algo que transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional” (2007, p.346).

Talvez isso que transborde tenha relação com o que é problematizado por Merhy (2012), ao situar uma distinção de algumas vidas que valem mais que outras, lógica em operação desde a fundação da nação. Além de vidas com valores diferentes, “a construção das vidas que valem a pena se deu em cima do consumo dessas vidas que

são consideradas como as que não valem tanto a pena”. (p.269). O projeto do que ele nomeia como “SUSutopia”, que toma todas as vidas com o mesmo valor, teria então que enfrentar essa lógica anterior. O tensionamento entre essas lógicas vai estar presente em todos os encontros, definindo a forma como tomaremos os indivíduos atendidos, como sujeito ou como objeto.

Duas mulheres que se encontram no resto uma da outra. No tempo de encontro na praça, não houve mistura possível. A identificação ao lugar de exclusão/dejeito produziu silêncios, mostrando que um laço social perverso pode colocar qualquer um no lugar de objeto desumanizado, “corpos debitados ao movimento da vida”, “coisas acabadas em surpresa, mas destituídas de conteúdo”, emprestando a definição de Valter Hugo Mãe (2016, p.27). Independentemente de onde viemos, de nossa história, quando encontramos-nos todos enlaçados pelo mesmo laço social (perverso?), o encontro com a alteridade será sempre problemático. Juntas e separadas, elas encontram e inventam novos nomes para essas práticas marginais.

Queixou-se dos profissionais que obedeceram cegamente mas em outros tempos fez o mesmo. Parece que nos dividimos entre aqueles que negam a lei e aqueles que a obedecem cegamente. Nenhuma das posições parece muito confortável, mas pensar que tantas vezes estive ao lado da tirania, que não hesita em eliminar aquele indivíduo, reduzido à vida nua, sem ao menos saber seu nome.

Mirian Deubiex, em fala no seminário Psicanálise nos espaços Públicos, afirma que “não se pode querer uma aquiescência de um certo modo social, quando é nesse modo que o sujeito se põe à margem”. Entendendo que temos responsabilidade acerca do laço social e a sociedade que estamos construindo, quais seriam as possibilidades éticas de buscar transformá-los de dentro? Seria possível ocupar instituições e espaços públicos, numa tentativa radical de subverter a lógica centralizadora e personificadora, numa

distribuição do poder no desdobramento da teoria em práticas democráticas?

Freud somou o ofício de analista às profissões impossíveis, devido à precariedade de seus “resultados”: analisar, educar e governar. Goldenberg nos lembra que o “impossível não vem anunciar impotência”. Para ele “a psicanálise se ocupa precisamente dessa relação complexa entre individual e coletivo que constitui o problema central de toda e qualquer ação política” (2006, p.10). Ele entende que psicanálise e política estabelecem uma relação de inerência, pois em suas práticas ambas lidam com os problemas das escolhas e da liberdade.

Seria o movimento de escutar a possibilidade de contornar as impossibilidades de analisar e governar? Escutar sem saber a priori, apostando no a posteriori da produção do encontro entre os sujeitos. Abdicar de responder a partir de um lugar de poder não impede, e parece predispor, a responsabilidade de ocupar o lugar de demanda para torná-lo vazio. Esvaziar o poder dos seus lugares tradicionais de exceção e pulverizá-lo em responsabilidades entre todos.

Safatle defende que a saída da sujeição em que nos encontramos estaria na possibilidade de buscarmos uma nova forma de afetação. O autor situa que os afetos, como assimilação sensorial do que vem do externo, seriam responsáveis por nossa constituição psíquica e pela vida em sociedade. (p.49). Para ele a política, em essência, seria um “modo de produção de circuito de afetos, da mesma forma como a clínica, em especial em sua matriz freudiana, procura ser dispositivo de desativação de modos de afecção que sustentam a perpetuação de configurações determinadas de vínculos sociais.” (2015, p.50).

Daniela Arbeux conta que “dentro do hospital, apesar de ninguém ter apertado o gatilho, todos carregam mortes nas costas” (2013, p.43), colocando a necessidade de que também essa

culpa/responsabilidade pelas mortes e atrocidades, consequências do sistema, sejam partilhadas como uma herança maldita, inconsciente, entre todos.

O resgate das memórias difíceis do passado se faz necessário para que não seja reproduzido em ato aquilo que não foi possível acessar em pensamento. Também as lembranças do que foi possível produzir de vida em cada tempo, resgatar e manter um cultivo de boas memórias, numa espécie de nostalgia da resistência. Flores desterradas podem dizer das profundezas do solo onde cresceram e morreram, desde que tenhamos a coragem de tomá-las em análise.

Para isso talvez precisemos abrir espaço para produções culturais que também digam do nosso mal-estar e ofertar, para aqueles que nos sucederão no tempo, um pequeno atlas de pontos de ancoragem simbólica do viver, pois, se não o fizermos, outros farão. Corremos o risco de, por omissão, contribuir para a manutenção de um discurso social hegemônico, que não tem interesse no encontro do sujeito com seu tesouro dos sentidos, único caminho para a autonomia fundada na própria autoria.

FALE COM ELAS: POR UM GESTAR CLÍNICO-POLÍTICO

Ela era branca, negra, andarilha, domiciliada, louca e livre. No universo imaginário podia experimentar-se em qualquer significante. Passou a achar difícil de operar com alguns deles. Sentia “gestão” uma palavra pesada, um bloco difícil de mover. Achava que gestão poderia ser um “grande gesto”, mas havia se tornado um gesto grande, demais para ser possível.

Para gestão encontramos os significados: “ato ou efeito de gerir, administração, gerência, mandato político, ação de administrar, de dirigir.” Gestão e geração são substantivos femininos, mas gestão parece comportar a dureza de um corpo que tem poder sobre o outro, estando nessa relação de poder, ambos alienados ao Outro.

A gestão que segue o tempo de *Chronos*, deus do tempo sequencial, que engole seus filhos para não ser destronado, pode ter muita dificuldade em abrir espaço para outros tempos que não sigam sua logística implacável.

Gestar é carregar o filho no corpo. Para gerar o filho é preciso deixá-lo morrer em si mesmo, mais que isso é necessário o momento em que essa morte em si é desejada, aceitando a radicalidade da autonomia do corpo que nasce. Nas origens da palavra gerar encontramos, além de “formar e sustentar (um filho) no próprio organismo”, que por si só já diz de uma passagem e de uma sustentação, outros significados como “levar ou trazer, transportar”.

Gesto, gerar, gestão... poderia a gestão se configurar como um assumir e suportar mais do que um fazer e agir?

Um gerar entendido como exercício do binômio clínica-política, que nos abra para a possibilidade de pensar outros tempos para esse fazer. Percebemos um desencontro dos tempos da gestão e da clínica. Enquanto a clínica aposta num tempo indeterminado, num só-depois, a gestão vive um tempo datado em que, ao final do período, parece ser

necessária a destruição do que foi plantado, em atitudes de violência subjetiva para todos que se envolveram nesse cultivo. Ainda que a horta deva ser renovada de tempos em tempos, cultivando novos frutos e flores, pois até a terra cansa do mesmo, isso deve ser feito a partir do tempo das flores e não dos dissabores dos agentes políticos.

Parece ter ficado suficientemente evidenciado pelas narrativas que não é possível produzir saúde e autonomia “para” os usuários numa via de mão única, sem ocuparmo-nos também da saúde e autonomia dos profissionais; e não é por questões ideológicas que isso se coloca, mas numa perspectiva ética. Não faz sentido esperar construções de autonomia para os usuários a partir de processos de trabalho autoritários e que silenciam os profissionais.

Entendemos que o tempo do gestar clínico precise comportar o espaço para a dimensão do desejo de todos que habitam a casa. O desejo se mantém na fascinação do impossível. O impossível do trabalho em saúde mental produz muitas vezes a paralisia e a renúncia do desejo colocado no trabalho; produzir formas de aposta no impossível para conseguir perceber os possíveis num a posteriori.

Partilhamos da descrição de Pelbart, que compara os anjos de Win Wenders com o ofício dos terapeutas: “essa disponibilidade para ouvir, para tocar, essa presença discreta que pode às vezes suscitar um novo começo – mas também essa impotência para determinar, para resolver, para viver no lugar de.” (1993, p.20). Gestores que se assumam impotentes também para determinar a vida dos trabalhadores, numa confiança na potência da alteridade de cada um.

Percorremos histórias que parecem ter sido a fotografia perfeita do momento em que a ética clínica foi atropelada pela dimensão da política, posta em ato pela prática de gestão. A urgência de resolução com que a gestão é demandada a responder caminha na contramão do que a clínica de casos difíceis exige.

Figueiredo propõe a “reafirmção do paradoxo como a única posição possível para o psicanalista: posição instável, porém viva.” (2012, p. 67). Entendemos ser essa a posição viva que também gestores precisam aprender a ocupar.

O tempo dilatado da clínica é justamente o que pode fazer a política superar as ferramentas burocráticas da gestão e caminhar para uma política que seja, como definiu Hannah Arendt, “o exercício da singularidade no seio da multiplicidade” (2002, p.20).

Concordamos com Paulo Endo⁵ quando diz que a psicanálise é, por sua essência, política mas não coletiva, e estaria aí a sua militância, por sua prática clínica de escuta do que há de singular do discurso de cada sujeito ou instituição. Sintoma que atravessa a instituição, entendido como um fio que costura retalhos de tecido, produzindo um desenho que dirá de todos, mas preservando a singularidade de cada retalho recomposto em tecido. Talvez somente a capacidade de escuta do singular não seja suficiente, se não for possível abrir espaço-tempo para a interpretação e decantação do sintoma singular até que ele deslize como interrogação política.

E o que a política mostra para a clínica? A vida em sociedade interroga a prática clínica a partir do ponto em que apresenta o paradoxo da convivência entre vários e de que inevitavelmente esse paradoxo vai se colocar; mas como nos deixamos tomar por esse paradoxo? Gestar a clínica-política passa por tomar o paradoxo, o inominável, jogá-lo na fogueira do coletivo para ser metamorfoseado, ao ponto em que seja possível “assumir o paradoxo”, como nos diz Figueiredo (2012).

“Cultivar o psicanalítico não se confunde com a prática de uma linguagem, de um dialeto, menos ainda, com a adesão a um sistema doutrinário. Trata-se de acolher o desproporcional, o atemporal, o irreduzível, o trágico e o paradoxal como aspectos decisivos nos nossos

⁵ Entrevista para o canal Psicanálise e Política. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=6mUK_tr6zyk

‘objetos’, para assim pensá-los e elaborá-los. Deste modo, o caráter paradoxal dos objetos se transfere para nossas teorias e para nossas práticas.” (Figueiredo, 2012, p. 18).

A gestão pode operar como uma ferramenta de alargamento da produção de autonomia, ou pode contribuir para reiterar a alienação e a falta de crítica. Merhy ressalta a importância de que as pessoas envolvidas no que ele chama de “olho do furacão antimanicomial”, possam “usufruir das dúvidas e experimentações”, positivando a responsabilidade pela crítica de seu fazer “num campo de instigante cooperação” e recusando a posição das certezas de “modelos fechados e receitas”, fechamento que “abriria o flanco para que o inimigo poderoso seja o referencial crítico” (2004, p. 04). Estabelecer um espaço de confiança na equipe para “abrir lugar para que façamos nós as críticas e ampliar a capacidade de inventar ser antimanicomial.” (Merhy, 2004, p.6).

Pensamos em termos de contribuições da psicanálise para o campo da saúde mental como se fosse uma via de mão única e não tivesse ali uma constante construção em reformas feitas a várias mãos. A psicanálise não precisa pedir licença para entrar no campo da saúde pública, mas também não pode assumir o papel de visitante ilustre. O trabalho vivo da saúde mental, no encontro com a alteridade, irá convocar a produção de um novo saber a cada caso.

Não seria também a psicanálise uma prática marginal, que se encontra à margem do que está estabelecido? A ética da psicanálise seria a canoa que permite sustentar o trabalho do psicanalista, mas talvez não somente daqueles que se reconhecem como psicanalistas. Ética de habitar a borda e fazer falar o que está na margem, na borda inominável da falta. Acreditar que é ali que existe um saber genuíno.

Ocupar lugar na gestão como opção de ocupar um lugar vazio, não para preencher o vazio, mas para fazer a gestão operar a partir do reconhecimento do vazio. Psicanalista na gestão que, com sua

presença em exterioridade, aponta a dimensão da falta e assume um não-saber a priori, que tenha força convocatória para que cada um busque seus caminhos para “resolver a falta”, sempre em perspectiva de transitoriedade.

Valores tidos como utópicos como a democracia, ou vivências coletivas na sua face mais fundamental, em que cada pequena decisão é submetida ao crivo de cada um que compõe a coletividade, são muito difíceis de serem realizadas, mas isso não impõe que elas sejam descartadas. Ainda que com falhas, são princípios que apontam uma direção de trabalho.

Talvez o caminho de finalização seja aceitar habitar a nuvem da incerteza e da dúvida, que, uma vez em constante movimento, não nos deixa cair no obscurantismo do que se diz convicto de sua completude. Levar a sério que “El camino se hace al caminar⁶” e confiar nos itinerários evanescentes da clínica, como guias também para um gestar político.

Dizem que “o preço da liberdade é a eterna vigilância”. Esse texto, que pretendia-se uma vingança testemunhal pela palavra poderia ser substituído por “vigilância pela palavra”. Ali onde o claro é tão claro que impõe a escuridão, a palavra acende uma vela, que, ainda que não mostre a saída, mostra contornos e detalhes que somente o encontro com a sombra pode revelar.

⁶ Poema *Caminante no hay camino*, de Antonio Machado.

REFERÊNCIAS E INSPIRAÇÕES

- Adorno, T. W. (2003) *Notas de Literatura I*. São Paulo: Duas Cidades.
- Agamben, G. (2012). *Ideia de Prosa*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Agamben, G. (2008). *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha*. São Paulo: Boitempo.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (Org). (2006). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Aragon, L.E.P. (2007). *O impensável na clínica: virtualidades nos encontros clínicos*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- Arendt, H. (1999). *Eichmann em Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Arendt, H. (2006). *Entre o Passado e o Futuro*. São Paulo: Perspectiva.
- Arendt, H. (2002). *O que é política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Arendt, H. (1989). *Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense.
- Birman, J. (2017). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2014). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde,

- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Calvino, I. (1990). *As cidades invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Campos, G. W. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, R.O. (2001). Clínica:a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.98-111, maio/ago.
- Campos, R. O. (2012). *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec.
- Cançado, Maura Lopes. *O Sofredor do ver*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.
- Caon, J. L. (1999). O pesquisador psicanalítico e a pesquisa psicanalítica. In: Machado, Jorge Antônio Torres (Org.) *Filosofia e Psicanálise: um diálogo*. Porto Alegre: EDI-PUCRS.
- Cecílio, L.C.O. (2007). O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. In: Interface: Comunic, Saúde, Educ., v.11, n.22, mar/ago, p.345-363.
- Coronel, L. (2006). *Dicionário João Guimarães Rosa: uma odisseia brasileira*. Porto Alegre: Mecenaz Editora.
- Dadoun, R. (2015). *Utopia: a emocionante racionalidade do inconsciente*. Disponível em: http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/1171_utopia.pdf
- Deleuze, G. (2011). *Crítica e Clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (2006). *Diferença e Repetição*.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos Neto, F. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Endo, P. (2013). A ressurgência do tirano como inscrição denegada da constituição da fratria. In: Fuks, B.B. et al. 100 anos de Totem e Tabu. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Evaristo, C. (2017). *Histórias de Leves enganos e parecenças*. Rio de Janeiro: Malê.

- Figueiredo, L. C. (2012). *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2008). *Ética e Técnica em Psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (2012). *Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2006). *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fonte.
- Freud, Sigmund. "Autobiografia". Em: *Obras Completas*, volume 16. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- Freud, Sigmund, (2010). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, Sigmund, (2014). *Inibição, Sintoma e Angústia, o Futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Goldenberg, R. (2006). *Política e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.
- Goldberg, J. (1996). *A clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Jaffe, Noemi. *O livro dos começos*. São Paulo: Cosac Naify, 2016.
- Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Leminski, P. (2013). *Toda Poesia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Levi, P. (2016). *Os afogados e os Sobreviventes*. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lo Bianco, Anna Carolina. *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.
- Mãe, V.H. (2016). *Homens Imprudentemente poéticos*. São Paulo: Biblioteca Azul.

- Meira, A. C. S. (2016). *A escrita científica no divã: entre as possibilidades e as dificuldades para com o escrever*. Porto Alegre: Sulina.
- Merhy, E. Educação Permanente em Movimento. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1SU6kbRw254>
- Merhy, E. (2004). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>
- Merhy, E. (2012). Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 267-279. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200002>
- Miranda, L. & Campos, R.T.O. (2013). Balizamentos éticos para o trabalho em saúde mental: uma leitura psicanalítica. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 100-115.
- Neves, J.M. (2005). *A face oculta da organização: a microfísica do poder na gestão do trabalho*. Porto Alegre: Sulina.
- Pasini, V.L. & Guareschi, N. M. F. (2010). Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Pelbart, Peter Pal. *Elementos para uma cartografia da grupalidade*. Disponível em: https://desarquivo.org/sites/default/files/pelbart_peter_elementos.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2017.
- Pelbart, P. (1993). *A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pinto, J. M. (2008). *Psicanálise, feminino, singular*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Pinto, J. M. (2006). Psicanálise e Universidade: mais, ainda. In: Lo Bianco, A.C. *Freud não Explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Poli, M.C. (2006). “Eu não procuro, acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: Lo Bianco, A.C. *Freud não Explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Portugal, A. M. (2006). *O vidro da palavra: o estranho, literatura e psicanálise*. Belo Horizonte: Autêntica.

- Rilke, R.M. (2013). *Cartas a um jovem poeta*. Porto Alegre: L&PM.
- Rodulfo, R. (2012). *Padres e hijos: em tiempos de laretirada de las oposiciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, E. (2011). *Freud – mas por que tanto ódio?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Safatle, V. (2015). *O Circuito dos Afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. São Paulo: Cosac Naify.
- Sauret, M.-J. (2006). *Psicanálise, Psicoterapias... Ainda*. In: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (org). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Tenório, F. & Rocha, E.C. (2006). *A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial*. In: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. (org). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Vieira Filho, N.G. & Rosa, M.D. (2010). *Inconsciente e Cotidiano da Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental*. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Mar, vol.26, n.1, pp.49-55.
- YASUI, S. (2010). *Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.